Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Nationale Drug Monitor



Jaarbericht 2012

2012

Nationale Drug Monitor

Jaarbericht 2012

Trimbos-instituut
Utrecht, 2013

Wetenschappelijk Onderzoek- en
Documentatiecentrum
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Trimbos instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Disclaimer
Dit Jaarbericht van de Nationale Drug Monitor (NDM) is geschreven voor een breed publiek in begrijpelijke taal. Waar het gaat om wetgeving zijn niet steeds de exacte wetsteksten aangehouden. Daarvoor dient de lezer de oorspronkelijke bronnen te raadplegen. Aan de formuleringen in dit NDM Jaarbericht kunnen geen rechten worden ontleend.

Colofon

Projectleiding
Mw. dr. M.W. van Laar[1]
Mw. dr. M.M.J. van Ooyen-Houben[2]

Redactie
Mw. dr. M.W. van Laar[1]
Dhr. dr. A.A.N. Cruts[1]
Mw. dr. M.M.J. van Ooyen-Houben[2]
Dhr. drs. R.F. Meijer[3]
Mw. dr. E.A. Croes[1]
Dhr. drs. A.P.M. Ketelaars[1]
Mw. dr. J.E.E. Verdurmen[1]
Dhr. dr. T. Brunt[1]

Met medewerking van
Mw. R. Sheikh-Alibaks MSc[3]
Dhr. ir. J.J. van Dijk[3]

[1] Trimbos-instituut, [2] Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Ministerie van Veiligheid en Justitie, tevens verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, [3] Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Ministerie van Veiligheid en Justitie

Productiebegeleiding
Joris Staal en Kathy Oskam

Vormgeving en druk
Canon Nederland N.V.

Productie
Trimbos-instituut

ISBN 978-90-5253-749-8
- Deze uitgave is te bestellen en te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1196**
- Of surf naar www.wodc.nl. Ga naar “publicaties” en vervolgens naar “publicaties per jaar”. Ga naar het jaar 2013. De publicaties zijn daar in chronologische volgorde te vinden.

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297.11.00
F: 030-297.11.11

Leden van de Wetenschappelijke Raad van de NDM

Dhr. prof. dr. H.F.L. Garretsen, Universiteit van Tilburg (voorzitter)
Dhr. dr. P.G.J. Greeven, GGZ Nederland, Novadic-Kentron
Dhr. drs. A.W.M van der Heijden, Openbaar Ministerie
Dhr. prof. dr. R.A. Knibbe, Universiteit Maastricht
Dhr. dr. M.W.J. Koeter, AIAR, Universiteit van Amsterdam
Dhr. prof. dr. D.J. Korf, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam
Dhr. drs. W.G.T. Kuijpers, Stg. IVZ
Mw. prof. dr. H. van de Mheen, IVO, Erasmus Universiteit Rotterdam
Dhr. dr. C.G. Schoemaker, RIVM

Waarnemers
Mw. drs. M. van der Klaauw, Ministerie van Veiligheid en Justitie
Mw. drs. W.M. de Zwart, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Voorwoord

Het voorliggende NDM Jaarbericht 2012 is het dertiende Jaarbericht dat is vervaardigd door het Bureau van de Nationale Drug Monitor van het Trimbos-instituut en het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het ministerie van Veiligheid en Justitie. Nederland kent veel monitoren en onderzoeken rond middelengebruik, drugsgerelateerde criminaliteit en verslaving. Beschikbare informatie wordt gebundeld in de NDM Jaarberichten en op deze wijze wordt inzicht gegeven in belangrijke trends.

In 2012 valt erg op dat er een daling waarneembaar is in de hulpvraag bij de reguliere verslavingszorg voor alcohol en alle drugs, behalve GHB. Dit kan echter samenhangen met de (tijdelijke) invoering van de eigen bijdrage voor de verslavingszorg. Het aantal aan alcohol gerelateerde ziekenhuisopnames blijft stijgen, evenals het aantal aan cocaïne gerelateerde ziekenhuisopnames.

Ontwikkelingen rond ecstasy en GHB baren zorgen. Het ecstasygebruik in de algemene bevolking ligt boven het Europese gemiddelde, het aandeel ecstasy incidenten op grootschalige evenementen is toegenomen evenals het aantal hooggedoseerde ecstasypillen. Er is in 2011 ook meer ecstasy in beslag genomen dan in voorgaande jaren. De hulpvraag rond GHB is gering maar stijgende en de terugval is groot.

Het gemiddelde gehalte THC (het belangrijkste werkzame bestanddeel van cannabis) in nederwiet is tussen 2010 en 2013 gedaald van 17,8 naar 13,5 procent. In de strafrechtsketen is het aantal softdrugsdelicten toegenomen.

Namens de Wetenschappelijke Raad van de NDM wil ik alle betrokken medewerkers van het Bureau NDM en van het WODC bijzonder bedanken voor hun uitstekende werk.

Prof. dr. Henk Garretsen
Voorzitter Wetenschappelijke Raad van de Nationale Drug Monitor

Inhoud

Lijst van afkortingen

2C-B	4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine
4-MA	4-methylamfetamine
4-MTA	4-methylthioamfetamine
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
APV	Algemene Plaatselijke Verordening
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BEGJ	Bureau Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie
BMK	Benzyl-methyl-keton
BO	Basisonderwijs
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
BZP	Benzylpiperazine
CADUMS	Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey
CAM	Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs
CAN	Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs
CAS	Canadian Addiction Survey
CBD	Cannabidiol
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CJIB	Centraal Justitieel Incasso Bureau
CMR	Centrale Methadon Registratie
Coda-G4	Cohortstudie Daklozen in de vier grote steden
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COR	Continu Onderzoek Rookgewoonten
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CSV	Crimineel Samenwerkings Verband
CVA	Cerebraal Vasculaire Aandoening (beroerte)
CVS	Cliënt Volg Systeem
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DEA	Drug Enforcement Administration
DHD	Dutch Hospital Data
DHW	Drank- en Horecawet
DIMS	Drugs Informatie en Monitoring Systeem
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DNRI	Dienst Nationale Recherche Informatie
DOB	2,5-dimethoxy-4-bromoamfetamine
DRUID	Driving under the influence of drugs, alcohol, and medicines
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
EC	Europese Commissie/European Commission

EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
EK	Eerste Kamer
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (in het Nederlands: EWDD)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EU	Europese Unie/European Union
EWDD	Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (in het Engels: EMCDDA)
EWS	Early Warning System
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
FinEC	Financieel Economisch Opsporen Politie
FIOD	Fiscale Inlichtingen en Opsporings Dienst
FPD	Forensisch Psychiatrische Dienst
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GBL	Gamma-butyrolacton
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHB	Gamma-hydroxyboterzuur
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Treatment
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (studie)
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HDL-C	High density lipoprotein cholesterol
Hiv	Humaan Immunodeficiëntie Virus
HKS	Herkenningsdienstsysteem
ICD	International Classification of Diseases
IDG	Intraveneuze Drugsgebruiker
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IPOL	Dienst van het Korps Landelijke Politie Diensten (KLPD), coördineert onder andere politie- en rechtshulpinformatie
ISD	Inrichting voor Stelselmatige Daders
ITC	International Tobacco Control
IVM	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
IVZ	Stichting Informatievoorziening Zorg
JJI	Justitiële Jeugdinrichting
KLPD	Korps Landelijke Politie Diensten
KMar	Koninklijke Marechaussee
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem

LASA	Longitudinal Aging Study Amsterdam
LIEC	Landelijk Informatie en Expertise Centrum
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
LMR	Landelijke Medische Registratie
LSD	d-Lysergzuur-diethylamide
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
lwoo	leerwegondersteunend onderwijs
MATE	Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie
MBDB	N-methyl-1-(3,4-methyleen-dioxyphenyl)-2-butanamine
mCPP	meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (metachloorpiperazine)
MDA	Methyleen-dioxyamfetamine
MDEA	Methyleen-dioxyethylamfetamine
MDI	Monitor Drugs Incidenten
MDMA	3,4-methyleen-dioxymethamfetamine
MGC	Monitor Georganiseerde Criminaliteit
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
MO/VB-regio	Regio voor de Maatschappelijke Opvang en het Verslavingsbeleid
MSM	Mannen die sex hebben met mannen
NDM	Nationale Drug Monitor
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NFI	Nederlands Forensisch Instituut
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NISPA	Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMG	Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid
NPO	Nationaal Prevalentie Onderzoek
NPP	Nationaal Programma Preventie
NSCK	Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde
NVIC	Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
NVWA	Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OBJD	Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
OM	Openbaar Ministerie
OPS	Opsporingsregister
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PBW	Penitentiaire Beginselenwet
PMA	Paramethoxyamfetamine
PMK	Piperonyl-methyl-keton
PMMA	Paramethoxymethylamfetamine
POH-GGZ	Praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum

pro	praktijkonderwijs
RdGG	Reinier de Graaf Groep
REC-4	Regionaal Expertise Centrum, school voor speciaal onderwijs
RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RIEC	Regionaal Informatie- en Expertisecentrum
RIOB	Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling
RISc	Recidive Inschattings Schalen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROI	Rijden Onder Invloed
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAR	Stichting Alcohol Research
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SHM	Stichting HIV Monitoring
SIVZ	zie: IVZ
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SOCTA	European Serious and Organised Crime Threat Assessment
Sr	Wetboek van Strafrecht
STAP	Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid
STIVA	Stichting Verantwoord Alcoholgebruik
Sv	Wetboek van Strafvordering
SVG	Stichting Verslavingsreclassering van de Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
SSI	Stichting Sigarettenindustrie
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
TBS	Terbeschikkingstelling
THC	Tetrahydrocannabinol
TK	Tweede Kamer
TNS NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
TULP	TenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen
UT	Universiteit Twente
UvA	Universiteit van Amsterdam
VMBO	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
VMBO-p	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg
VMBO-t	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – theoretische leerweg
VN	Verenigde Naties
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWO	Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

WHO	World Health Organisation (Wereld Gezondheidsorganisatie)
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WVMC	Wet voorkoming misbruik chemicaliën
WvS	Wetboek van Strafrecht
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet

Samenvatting

Hieronder volgt een beschrijving van de laatste ontwikkelingen uit het Jaarbericht 2012. De tabellen 1a en 1b geven een overzicht van de laatste cijfers over het middelengebruik en de drugscriminaliteit. Recente gebruikers hebben het afgelopen jaar een middel gebruikt en actuele gebruikers deden dat in de afgelopen maand.

Ontwikkelingen in wetgeving en beleid

Ontwikkelingen in de Opiumwet en de Aanwijzing Opiumwet

In de Opiumwet brengt Nederland de bepalingen betreffende opium en andere verboden psychotrope stoffen in overeenstemming met internationale verdragen. De middelen waar de Opiumwet betrekking op heeft staan vermeld op twee bij de wet behorende lijsten. Op lijst I staan middelen met een onaanvaardbaar risico ('harddrugs'), op lijst II middelen die als softdrugs worden aangeduid. In 2012 zijn GHB, mefedron, tapentadol en 4-MA op lijst I geplaatst.

De Aanwijzing Opiumwet van het Openbaar Ministerie beschrijft het opsporings- en vervolgingsbeleid inzake Opiumwetdelicten. Coffeeshops worden gedoogd als ze voldoen aan een aantal criteria die in de Aanwijzing staan. Ze mogen geen reclame maken/zich niet afficheren (A), geen harddrugs voorhanden hebben of verkopen (H), geen overlast veroorzaken (O), niet toegankelijk zijn voor en niet verkopen aan jeugdigen (onder 18 jaar) (J) en slechts een beperkte hoeveelheid cannabis per transactie verkopen en aanwezig hebben (G). In 2012 is daar het ingezetenencriterium (I) aan toegevoegd: er mag alleen aan ingezetenen van Nederland worden verkocht. In 2012 gold bovendien dat coffeeshops een besloten club moesten zijn. Dat criterium is in november 2012 weer vervallen.

Opsporingsprioriteit ligt bij bedrijfsmatige en grootschalige Opiumwetdelicten en georganiseerde criminaliteit

Politie en justitie richten zich bij de opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten primair op de in- en uitvoer, de bedrijfsmatige productie van drugs en de grootschalige handel in drugs. De georganiseerde criminaliteit in relatie tot heroïne, cocaïne, synthetische drugs en cannabis/hennepteelt is sinds 2008 gekwalificeerd als dreiging voor de Nederlandse samenleving en krijgt als zodanig prioriteit in de opsporing en vervolging. Er wordt een geïntegreerde aanpak gevolgd, dat wil zeggen dat zowel strafrechtelijke als bestuurlijke, fiscale en privaatrechtelijke instrumenten worden ingezet en dat bestuur, Openbaar Ministerie, politie, andere opsporingsdiensten en de fiscus in de regio samenwerken.

Ontwikkelingen in de aanpak van justitiabele verslaafden

Een belangrijke nieuwe wet is de wet Forensische Zorg, die in december 2012 is aangenomen door de Tweede Kamer en thans in behandeling is bij de Eerste Kamer (E.K. 32398-F). Dit is een brede wet die beoogt om het strafrechtelijk systeem goed te laten aansluiten bij de forensische zorg daarbuiten. De bedoeling is dat justitiabelen met problemen – verslavingsproblemen, psychische problemen of een licht verstandelijke handicap – naar zorg buiten detentie worden toegeleid, om hun herstel en hun re-integratie te stimuleren en hun criminele recidive terug te dringen.

Ontwikkelingen in de Drank- en Horecawet

De Drank- en Horecawet (DHW) regelt primair de voorwaarden waaronder alcoholhoudende dranken verstrekt mogen worden. Daaronder valt ook de leeftijdsgrens voor de verstrekking van alcohol. Per 1 januari 2014 wil de regering die leeftijdsgrens verhogen van 16 naar 18 jaar. Per 1 januari 2013 zijn jongeren onder de 16 jaar strafbaar als ze alcohol in hun bezit hebben. Het toezicht op de DHW is per 1 januari 2013 bij de gemeenten gekomen.

Richtlijn voor tabak

De EU is bezig met een aanpassing van de EU-Tabaksproductrichtlijn. De regering wil per 1 januari 2014 de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten van 16 naar 18 jaar verhogen. De regering streeft naar een algeheel rookverbod in de horeca per 1 januari 2014. Sinds 2006 zijn de accijnzen op sigaretten en shag negen maal verhoogd.

Preventie

In de loop van 2013 wordt door het Ministerie van VWS een nieuw, breed en samenhangend Nationaal Programma Preventie (NPP) ontwikkeld. Er komt extra aandacht voor de speerpunten diabetes, depressie, overgewicht, roken, alcohol en onvoldoende bewegen.

Sinds het project Resultaten Scoren in 1999 startte, is de Nederlandse verslavingszorg veel meer op een evidence-based manier gaan werken. In het bestuurlijk akkoord dat werd gesloten tussen GGZ Nederland en het ministerie van VWS, is afgesproken dat het aantal bedden in 2020 met een derde zal zijn verminderd. Verder komt er meer nadruk op e-health. In 2012 is het aantal absolute in- en uitschrijvingen in de verslavingszorg afgenomen.

Opiumwetmiddelen

Cannabis

Blowen onder schooltijd

In 2011 was bijna 8 procent van de scholieren (12-18 jaar) een actuele cannabisgebruiker, ongeveer even veel als in 2007. Bijna een op de drie scholieren die in de

afgelopen maand hadden gebruikt deed dit wel eens onder schooltijd (in de pauze of tussenuur). Het percentage actuele cannabisgebruikers onder Nederlandse scholieren van 15-16 jaar was in 2011 hoog vergeleken met scholieren uit andere Europese landen (14% versus een Europees gemiddelde voor 36 landen van 7%).

In de algemene bevolking van 15-64 jaar lag in 2009 het recente cannabisgebruik op het Europese gemiddelde van zeven procent. Vier procent was een actuele gebruiker, waarvan bijna een derde dagelijks blowde (omgerekend naar de bevolking 141 000). Per typische gebruiksdag varieert het aantal joints van een of minder onder infrequente gebruikers tot gemiddeld vier onder (bijna) dagelijkse gebruikers. De totale jaarlijkse cannabisconsumptie bedraagt naar schatting tussen 44 en 69 ton per jaar, exclusief gebruik door (drugs)toeristen.

In 2007-2009 voldeden bijna 30 000 mensen van 18-64 jaar aan een diagnose cannabisafhankelijkheid. Zij hebben vaker dan de algemene bevolking te kampen met andere psychische stoornissen, zoals angst, depressie, ADHD en gedragsstoornissen.

Lichte daling hulpvraag cannabis

De sterke stijging van het aantal cannabisgebruikers met een hulpvraag bij de verslavingszorg is in 2012 voor het eerst gestagneerd. Tussen 2002 en 2011 verdrievoudigde het aantal primaire cannabiscliënten van 3 251 naar 10 637. Van 2011 naar 2012 daalde dit aantal iets met vier procent. De piek ligt in de leeftijdsgroep 25-39 jaar. In algemene ziekenhuizen worden nog steeds weinig mensen opgenomen vanwege cannabismisbruik en –afhankelijkheid als hoofddiagnose. In 2011 ging het om 89 opnames. Het aantal opnames met cannabisproblematiek als nevendiagnose is groter en blijft stijgen, van 520 opnames in 2009 naar 767 opnames in 2010 en 798 in 2011.

Er is nog geen afdoende verklaring voor de jarenlange stijging van de cannabishulpvraag. Deze trend kan het gevolg zijn van een toename van het aantal probleemgebruikers van cannabis, hetgeen op zijn beurt weer het gevolg kan zijn van het relatief hoge THC-gehalte in nederwiet. Ook kan een verbetering van het hulpverleningsaanbod voor cannabisproblematiek een rol spelen, of een toenemende bewustwording van de verslavende eigenschappen van cannabis, waardoor gebruikers wellicht sneller hulp zoeken. Overigens moet rekening worden gehouden met een "vertragingseffect": het kan jaren duren voordat probleemgebruikers eventueel hulp zoeken. Het is dus mogelijk dat een stijging in de hulpvraag is te herleiden tot een veel eerder gestarte toename van probleemgebruik in de bevolking.

De recente daling in de hulpvraag bij de reguliere verslavingszorg, die waarneembaar is voor alcohol en alle drugs (behalve GHB), kan een daling in problematisch gebruik reflecteren, maar kan ook samenhangen met de (tijdelijke) invoering van een eigen bijdrage voor verslavingszorg, bezuinigingen, of een toename van anonieme e-health interventies, behandelingen in de eerste lijn of in de particuliere verslavingszorg. Laatstgenoemde vormen van hulp zijn niet in het registratiesysteem van de verslavingszorg opgenomen.

Daling THC-gehalte in nederwiet
Het gemiddelde THC-gehalte (het belangrijkste werkzame bestanddeel van cannabis) in nederwiet is tussen januari 2010 en januari 2013 gedaald van 17,8 procent naar 13,5 procent. Het percentage THC in geïmporteerde hasj was in 2013 16,8 procent en schommelt al jaren tussen 11 procent (in 2000) en 19 procent (in 2010). In 2013 bevatte 36 procent van de geanalyseerde nederwiet en 40 procent van de geïmporteerde hasj 15 procent of meer THC.
De prijs van een gram nederwiet bleef in de periode 2009-2011 stabiel (gemiddeld 8,3 euro per gram voor de meest populaire soort), maar steeg weer in 2012 en 2013 (respectievelijk 9,3 en 9,6 euro). Ook geïmporteerde hasj werd duurder. De prijs per gram nam toe van 7,8 euro per gram in 2011 naar 9,7 euro in 2012 en 9,9 euro in 2013.

Cocaïne

Cocaïne in uitgaansleven minder populair dan ecstasy
Minder dan twee procent van de scholieren (12-18 jaar) van 2011 had ervaring met cocaïne en minder dan een procent is een actuele gebruiker, ongeveer even veel als in 2007. In de algemene bevolking lag in 2009 het percentage recente gebruikers rond het Europese gemiddelde (1,2%).

Cocaïnegebruik, vooral in de snuifbare poedervorm, komt relatief veel voor onder jongeren en jonge volwassenen met een uitgaande leefstijl, maar is minder populair dan ecstasy. Aanvankelijk waren er signalen dat het middel vanwege de relatief hoge prijs en de economische situatie wat uit de gratie begon te raken. Echter, in 2012 lijkt er weer sprake te zijn van een lichte kentering. In het Amsterdamse uitgaansleven blijft cocaïne populair, vooral onder werkende 25-plussers.

De rookbare variant van cocaïne ('crack') komt veel voor onder opiaatverslaafden, maar de harddrugsscene kent ook crackgebruikers die geen opiaten consumeren. In de drie grootste steden wordt het totaal aantal crackverslaafden (inclusief degenen die opiaten gebruiken) geschat op 6 659, ofwel 0,51 procent van de bevolking van 15-64 jaar. Daarvan zijn er 2 524 in Amsterdam, 2 362 in Rotterdam en 1 773 in Den Haag.

Geleidelijke daling cocaïnehulpvraag bij verslavingszorg, stijging ziekenhuisopnames
De verslavingszorg registreerde tussen 2002 en 2008 een groei van het aantal primaire cocaïnecliënten van 5 975 naar 9 082. Sindsdien deed zich een gestage daling voor naar 7 516 in 2012. Ook het aantal cliënten voor wie cocaïne het secundaire probleem was daalde, van 7 114 in 2008 naar 5 388 in 2012. Voor de helft (50%) van de cliënten met een primair cocaïneprobleem is roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor 48 procent snuiven.

Het aantal ziekenhuisopnames waarbij cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als hoofddiagnose stond geregistreerd blijft beperkt (96 in 2011). Het aantal opnames waarbij cocaïneproblematiek als nevendiagnose stond geregistreerd is groter en neemt geleidelijk toe. In 2011 ging het om 800 opnames. In 2010 waren dat er 756 en in 2009 637. Een op de vijf opnames heeft te maken met ziekten van de ademhalingswegen.

Ongeveer een op de vijf geregistreerde sterfgevallen na een drugsintoxicatie is primair toe te schrijven aan cocaïne (19 gevallen in 2011).

Nog vaak een geneesmiddel in de cocaïne
In het afgelopen decennium is het gemiddelde gehalte cocaïne in poeders van consumenten gedaald, van 68 procent in 2001 naar 49 procent in 2011, maar het nam weer toe in 2012 naar 58 procent. Het percentage cocaïnemonsters met geneesmiddelen is nog steeds hoog. In 2012 werd in 65 procent van de cocaïnepoeders levamisol aangetroffen. Levamisol wordt tegenwoordig alleen nog maar als antiwormen-middel voor dieren gebruikt. Gebruik van levamisol door mensen is in de Verenigde Staten in verband gebracht met gevallen van ernstige bloedziekten, maar in Nederland zijn hiervoor geen aanwijzingen.

Cocaïne kostte in 2012 gemiddeld 53 euro per gram. De mediaan ligt al jaren rond de 50 euro per gram.

Opiaten

In de algemene bevolking komt heroïnegebruik weinig voor. Heroïne is ook niet populair onder jongeren. Volgens de laatste schatting voor 2008 bedraagt het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland ongeveer 18 000. Dat is minder dan een decennium geleden.

Gestage daling aantal opiaatgebruikers in de verslavingszorg; toenemende veroudering
Het aantal opiaatcliënten bij de verslavingszorg is sinds begin deze eeuw gedaald. Tussen 2002 en 2012 daalde het aantal cliënten met een primair opiaatprobleem met 33 procent naar 10 605 cliënten. De veroudering van de opiaatgebruikers zet zich voort. De gemiddelde leeftijd steeg van 39 jaar in 2002 naar 47 jaar in 2012. In 2012 was elf procent jonger dan 35 jaar.
In de algemene ziekenhuizen schommelt tussen 1996 en 2011 het aantal diagnoses waarbij opiaatmisbruik- en afhankelijkheid als nevendiagnose wordt gesteld rond gemiddeld 605 nevendiagnoses. In 2011 waren er 679 nevendiagnoses. In ruim een kwart (27%) van deze gevallen in 2011 waren ziekten en symptomen van de ademhalingswegen de primaire redenen voor opname. Dit komt vermoedelijk door het roken van heroïne, de meest voorkomende gebruikswijze onder Nederlandse heroïnegebruikers. Ook fors tabaksgebruik kan hier een bijdrage aan leveren. Het aantal ziekenhuisopnames met opiaatproblematiek als hoofddiagnose blijft laag (55 in 2011).

Relatief veel injecterende drugsgebruikers besmet met hepatitis C; aanwas nieuwe gevallen gering
Het aantal nieuwe en gemelde gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers is al jaren laag. Het aantal nieuw gediagnosticeerde hiv-gevallen onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners (0,2 in 2011) behoort samen met Luxemburg tot de laagste in de EU-15. Het aantal bestaande besmettingen, vooral met

hepatitis C, in steden die daar gegevens over hebben, is echter hoog. Voor verreweg de meeste regio´s in Nederland ontbreken cijfers over het vóórkomen van hepatitis C onder drugsgebruikers.
Veel minder mensen overlijden aan de gevolgen van (hard)drugs vergeleken met de sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen en tabak. In 2011 overleden 103 drugsgebruikers aan de gevolgen van een overdosis, waarvan ongeveer een op de drie primair aan opiaten was toe te schrijven (33 gevallen). De leeftijd bij overlijden neemt toe. Eind jaren negentig was bijna de helft (47%) jonger dan 35 jaar; een decennium later is dat 21 procent.

Ecstasy en amfetamine

Ecstasygebruik in algemene bevolking boven Europese gemiddelde
Onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-18 jaar is het ecstasy- en amfetaminegebruik tussen 2003 en 2011 stabiel gebleven. Het percentage recente ecstasygebruikers in de algemene bevolking in Nederland ligt hoger dan het Europese gemiddelde (respectievelijk1,4% en 0,6%).

Ecstasy blijft na cannabis onbetwist nummer een van de illegale drugs onder jongeren en jonge volwassenen in het uitgaansleven, vooral op dansevenementen. Amfetaminegebruik komt in deze groepen ook vaker voor dan in de algemene bevolking, maar minder vaak dan ecstasy. Er zijn signalen dat het middel in bepaalde uitgaansnetwerken gegroeid is in populariteit, mogelijk vanwege de lage prijs in vergelijking met cocaïne.

Aandeel ecstasyincidenten op grootschalige evenementen toegenomen
Het aantal mensen dat problemen krijgt vanwege ecstasy- of amfetaminegebruik is onbekend. Ecstasygebruikers zoeken in elk geval niet vaak hulp bij de verslavingszorg. Het aandeel ecstasycliënten van alle drugscliënten in de verslavingszorg is al jaren gering (minder dan 1%) en daalt sinds 2005. In 2012 stonden 128 mensen met een primair ecstasyprobleem geregistreerd en 276 mensen met een secundair ecstasyprobleem. Meer mensen zoeken hulp vanwege een amfetamineprobleem en hun aantal verdrievoudigde van 487 in 2002 naar 1 525 in 2011. In 2012 werd sinds lange tijd een geringe daling geregistreerd naar 1 485 cliënten. Desondanks ging het in 2012 om niet meer dan 5 procent van alle mensen met een primair drugsprobleem.

Op grootschalige evenementen werd tussen 2009 en 2012 een toename geregistreerd van het aandeel incidenten met ecstasy als enige drug. Deze trend kan samenhangen met de toegenomen doseringen van de actieve stof MDMA in ecstasypillen (zie volgende paragraaf). Ook een ‘roekelozer gebruik’ en onderschatting van de gezondheidsrisico’s kan hier debet aan zijn. Gebruik van hooggedoseerde ecstasy verhoogt de kans op overdosering, waardoor oververhitting, acute psychotische verschijnselen, hartritmestoornissen en leverfalen kunnen optreden. Amfetamine speelt bij drugsincidenten een relatief ondergeschikte rol.

Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen met misbruik en afhankelijkheid van amfetamine-achtigen (inclusief ecstasy) als hoofd- of nevendiagnose blijft beperkt, maar

vertoont in het afgelopen decennium een stijging. In 2012 was amfetamineproblematiek de hoofddiagnose bij 86 opnames en was het een nevendiagnose bij 178 opnames.

Aandeel hooggedoseerde ecstasypillen is toegenomen
Na een daling in de zuiverheid van ecstasypillen in 2008 en 2009, is tussen 2010 en 2012 een duidelijk 'herstel van de ecstasymarkt' waarneembaar. In 2012 bevatte 92 procent van de in het laboratorium geanalyseerde ecstasypillen alleen een MDMA-achtige stof (MDMA, MDA, MDEA of MBDB), veel meer dan in 2009 (58%). Het gemiddelde gehalte MDMA steeg van 66 mg in 2009 naar 107 mg in 2012. Herkende en geanalyseerde pillen samen bevatten in 2012 gemiddeld 130 mg. Hoewel het aandeel pillen met geheel andere farmacologisch actieve stoffen daalde van 27 procent in 2009 naar 3 procent in 2012, werden soms wel potentieel schadelijke stoffen aangetroffen, zoals PMMA, een middel dat in de afgelopen jaren in verband is gebracht met enkele sterfgevallen in Nederland.

Het gemiddelde gehalte amfetamine in speedpoeders vertoont een grillig verloop, met tussen 2008 en 2012 zowel toenames als afnames. De gehaltes cafeïne vertonen een omgekeerde trend. In 2010 en 2011 werd de stof 4-methylamfetamine (4-MA) in toenemende mate in speedmonsters aangetroffen (191 keer in 2012). Na enkele (fatale) intoxicaties in Nederland en in het buitenland is het middel op 8 mei 2012 via een spoedprocedure op lijst I van de Opiumwet geplaatst.

Toename prijs amfetamine
De prijs die gebruikers voor een gram amfetamine betalen schommelt de afgelopen jaren, maar lijkt te stijgen van gemiddeld 6 euro in 2010 naar 9 euro in 2012. De prijs van een ecstasypil lag in 2012 op gemiddeld 4 euro, evenveel als in 2010 en 2011, maar meer dan in 2008 en 2009 (respectievelijk 2 en 3 euro). Vaak zijn drugs in Amsterdam en andere grootstedelijke gebieden duurder dan in andere delen van Nederland.

GHB

GHB kent uiteenlopende gebruikersgroepen
Het gebruik van gammahydroxyboterzuur (GHB) komt in de algemene bevolking en onder scholieren van het regulier onderwijs naar verhouding weinig voor. GHB wordt relatief vaak door uitgaande jongeren en jongvolwassenen gebruikt, maar ook buiten het uitgaansleven wordt dit middel gesignaleerd, onder andere in gemarginaliseerde groepen, zoals hangjongeren en onder 'thuisgebruikers' die het middel samen met vrienden en kennissen in de context van 'huisfeesten' nemen, of alleen, als het gebruik niet (langer) een sociale aangelegenheid is maar problematisch is geworden.

Hulpvraag GHB gering maar stijgende; terugval is groot
Frequent, vooral dagelijks, gebruik kan tot afhankelijkheid leiden, en bij abrupte stopzetting tot vrij heftige onthoudingsverschijnselen. Bij de verslavingszorg is het aantal cliënten met een primair GHB probleem toegenomen van circa 59 in 2007 naar 761

in 2012. Lijkt het recreatief gebruik, evenals voor veel andere middelen, het hoogst te zijn in de Randstad, het problematisch gebruik doet zich meer voor in andere regio's, in eerste instantie in Noord-Brabant en Friesland, daarnaast ook in Flevoland, Gelderland, Noord-Limburg en Twente. De terugval is groot. Binnen drie maanden na detoxificatie had twee-derde weer GHB gebruikt, van wie de helft dagelijks of meer keren per dag.

GHB is lastig te doseren en het risico op een overdosering is groot. Een monitor waaraan verschillende medische diensten en een aantal regio's van Nederland deelnemen registreerde in 2011 in totaal 3 652 meldingen van drugsincidenten, waarbij in 20 procent van de gevallen GHB betrokken was. In bijna de helft van deze GHB-incidenten was ook alcohol gebruikt. Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is. In 2011 stond GHB zes keer vermeld op de doodsoorzakenformulieren bij het CBS (voorlopig cijfer). Onbekend is echter of GHB bij deze gevallen de oorzaak was van het overlijden of een bijdragende factor. In 2011 registreerde het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) in totaal vijf gevallen waarbij GHB de primaire doodsoorzaak was, en drie gevallen waarbij GHB-gebruik een indirecte rol speelde bij het overlijden.
GHB is relatief goedkoop. Consumenten betaalden in 2011 circa 6 euro per dosis van 5 ml GHB. Zelfgemaakt betaalt een gebruiker omgerekend naar schatting niet meer dan 20 eurocent per dosis.

Vanwege de gemiddeld tot grote risico's van het gebruik van GHB is het middel verplaatst van lijst II naar lijst I van de Opiumwet (ingangsdatum 9 mei 2012).

Slaap- en kalmeringsmiddelen

Gebruik benzodiazepinen relatief hoog onder vrouwen en ouderen
Niet alleen alcohol en drugs kunnen tot misbruik en verslaving leiden, maar ook aan slaap- en kalmeringsmiddelen is bij chronisch gebruik dit risico verbonden. Het merendeel van de slaap- en kalmeringsmiddelen behoort tot de groep van de benzodiazepinen. In 2009 had tien procent van de algemene Nederlandse bevolking van 15 tot en met 64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt. Van de algemene bevolking was zes procent een actuele (laatste maand) gebruiker van deze middelen. Omgerekend naar de hele bevolking ging het toen om ongeveer 1,1 miljoen gebruikers in het afgelopen jaar en ongeveer 650 000 actuele gebruikers. Onder de vrouwen lag het gebruik ongeveer twee keer zo hoog als onder de mannen. Ongeveer een kwart van alle gebruikers van benzodiazepinen is ouder dan 65 jaar. Daarmee is deze leeftijdsgroep oververtegenwoordigd.

In 2011 had ongeveer negen procent van de scholieren van het voortgezet onderwijs van 15 en 16 jaar ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op voorschrift van een arts. Ook gaf ongeveer negen procent van de scholieren aan ervaring te hebben met het gebruik van deze middelen zonder deze op recept van een arts te hebben gekregen.

Volgens gegevens over het aantal verstrekkingen van geneesmiddelen is ongeveer eenderde van de gebruikers van benzodiazepinen een chronische gebruiker. Bij chronisch gebruik neemt de kans op verslaving toe. In 2007-2009 voldeed 0,3 procent van de bevolking van 18-64 jaar aan een diagnose misbruik en voldeed 0,2 procent aan een

diagnose afhankelijkheid van slaap- of kalmeringsmiddelen. Deze stoornissen komen meer voor onder vrouwen dan mannen. Omgerekend naar de bevolking ging het om 35 000 mensen met misbruik en 22 000 mensen met afhankelijkheid van slaap- of kalmeringsmiddelen.

Sinds 1 januari 2009 worden de benzodiazepinen alleen nog voor enkele specifieke indicaties vergoed binnen de basisverzekering. De hoeveelheid benzodiazepinen die wordt gebruikt en het aantal gebruikers is sindsdien gedaald. Het aantal gebruikers daalde van 1,61 miljoen in de tweede helft van 2008 naar 1,46 miljoen in de tweede helft van 2009 en 1,43 miljoen in de tweede helft van 2010.

Hulpvraag voor slaap- en kalmeringsmiddelen is beperkt, maar stijgt
In de verslavingszorg is het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca tussen 2002 en 2012 gestegen van 371 naar 610.

In de algemene ziekenhuizen steeg tussen 2001 en 2011 het aantal opnames voor slaap- en kalmeringsmiddelen van 75 naar 99 opnames met een hoofddiagnose en van 140 naar 229 opnames met een nevendiagnose.
In 2011 werden 41 sterfgevallen door overdosering van medicijnen geregistreerd, waarvan 21 gevallen door benzodiazepinen, 5 gevallen door (andere) sedativa en 15 gevallen door barbituraten.

In de algemene ziekenhuizen vertoont tussen 2001 en 2010 het aantal opnames met slaap- en kalmeringsmiddelenproblematiek als hoofddiagnose een grillig verloop. Dit aantal hoofddiagnoses schommelde rond een gemiddelde van 78 opnames. Het aantal nevendiagnoses steeg in deze periode van 140 naar 206 opnames.
In 2010 werden 35 sterfgevallen door overdosering van medicijnen geregistreerd, waarvan 25 gevallen door benzodiazepinen, 5 gevallen door (andere) sedativa en 5 gevallen door barbituraten.

Alcohol en tabak

Alcohol

Alcoholgebruik niet gedaald onder 16-18 jarigen
Het percentage ooit- en actuele alcoholgebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs is tussen 2003 en 2011 afgenomen, maar alleen onder 12 tot 14/15-jarigen. Onder 16-plussers bleef het gebruik stabiel. In 2011 had bijna 1 op de 3 scholieren (30%) in de afgelopen maand wel eens 5 glazen of meer alcohol bij één gelegenheid gedronken (‘binge drinken’), minder dan in 2003 (40%). Onder degenen die drinken blijft het percentage binge drinkers echter onverminderd hoog (68% in 2011). Een kwart van de 16-jarige drinkende jongens consumeert in het weekend meer dan 20 glazen alcohol.

Ondanks een daling in het alcoholgebruik ligt het percentage Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar dat in de afgelopen maand 10 of meer keer alcohol had gedronken nog steeds hoog ten opzichte van het gemiddelde in 36 Europese landen (20% versus 9%, peiljaar 2011).

Het percentage jongeren onder de 16 jaar dat een poging doet om alcohol te kopen is tussen 2001 en 2009 fors gedaald. Deze daling zet zich in 2011 nog enigszins door voor zwak alcoholhoudende dranken. Voor sterke drank lijkt het percentage aankooppogingen in 2011 echter iets te stijgen. Als jongeren een kooppoging doen is, ondanks een wettelijk verbod, de slaagkans groot. Van de Europese jongeren vinden de Nederlandse jongeren dat ze het meest eenvoudig aan drank kunnen komen.

In 2011 dronk 82 procent van de bevolking van 12 jaar en ouder alcohol. Zwaar drinken (op één of meer dagen per week minstens 6 glazen alcohol drinken) is licht gedaald van 14 procent in 2011 naar 9 procent in 2011. Dat komt neer op in totaal 1,4 miljoen mensen.

Aantal aan alcohol gerelateerde ziekenhuisopnames blijft stijgen

In 2012 stonden bijna 36 000 cliënten geregistreerd bij de verslavingszorg met een primair alcoholprobleem, dat is iets minder dan in 2011, maar wel anderhalf keer zoveel als in 2001. De stijging sinds 2001 in het aantal primaire alcoholcliënten deed zich voor in alle leeftijdsgroepen, maar was relatief het grootst onder de ouderen. In 2012 was een kwart van de primaire alcoholcliënten een 55-plusser (26%).

De stijging in het aantal alcoholgerelateerde opnames in ziekenhuizen lijkt zich door te zetten. In 2011 stonden 6 473 opnames geregistreerd vanwege een hoofddiagnose alcoholmisbruik- en afhankelijkheid. In 2009 waren dat er 5 908; in 2001 stonden 3 880 opnames geregistreerd met alcohol als hoofddiagnose. Het aantal opnames met alcoholgerelateerde problematiek als nevendiagnose steeg van 9 949 in 2001 naar 16 389 gevallen in 2011.

Onder jongeren tot en met 16 jaar blijft het aantal alcoholgerelateerde klinische en dagopnames in algemene ziekenhuizen vanwege een aan alcohol gerelateerde aandoening onverminderd stijgen, van 263 gevallen in 2001 naar 1 087 gevallen in 2011. Van 2010 naar 2011 ging het om een toename van 18 procent. Een andere registratie laat zien dat het aantal jongeren dat met een alcoholintoxicatie door een kinderarts in een ziekenhuis wordt behandeld na een stijging tussen 2007 en 2011, in 2012 voor het eerst licht is gedaald.

De toename in de totale sterfte door alcoholgerelateerde aandoeningen vanaf begin jaren 90 tot circa 2004 heeft zich in de jaren er na niet doorgezet. In 2012 waren alcoholgerelateerde aandoeningen de directe aanleiding voor 701 sterfgevallen. Vaker stonden alcoholgerelateerde aandoeningen als secundaire doodsoorzaak geregistreerd (978 gevallen). Het totale aantal aan alcohol gerelateerde sterfgevallen schommelt sinds 2004 rond de 1 690 gevallen per jaar.

Tabak

Daling rokers in algemene bevolking tot 2011, stabilisering onder scholieren
De daling in het percentage (dagelijkse) rokers in de algemene bevolking in 2010 en 2011 lijkt in 2012 niet door te zetten. Volgens het Continue Onderzoek Rookgewoonten van STIVORO is er zelfs sprake van een lichte stijging tussen 2011 en 2012, namelijk van 24,7 procent actuele rokers voor de groep van 15 jaar en ouder in 2011 naar 25,9 procent in 2012.

Het percentage scholieren van 12-18 jaar in het reguliere voortgezet onderwijs dat ooit had gerookt daalde tussen 2007 en 2011 van 39 procent naar 36 procent. Het percentage dagelijks rokers heeft zich in deze leeftijdsgroep gestabiliseerd op 19 procent. Scholieren van het VMBO roken vaker dan scholieren van het VWO. Ook jongeren in de residentiële jeugdzorg en justitiële jeugdinrichtingen roken naar verhouding veel meer dan hun leeftijdsgenoten in het reguliere onderwijs.

Veel rokers hebben plannen om te stoppen met roken, maar slechts een kwart doet een poging
Per jaar doet ongeveer een kwart van de rokers een poging om te stoppen met roken, 28 procent in 2012. In absolute aantallen deden meer dan een miljoen rokers een poging om te stoppen met roken. Tachtig procent van de rokers van 15 jaar en ouder daarentegen gaf in 2012 aan van plan te zijn om te stoppen.
In 2011 is het gebruik van ontwenningsmiddelen en telefonische counselingsgesprekken fors toegenomen, vanwege de invoering van de vergoeding van stoppen-met-roken medicatie. In 2012 werd van de stoppen-met-roken programma's alleen nog de gedragsmatige ondersteuning vanuit het basis verzekeringspakket vergoed en is de afzet in eenheden consumentenverpakkingen ontwenningsmiddelen fors gedaald, evenals het aantal bellers. In 2013 komt weer het hele pakket voor vergoeding in aanmerking, één stoppoging per jaar en uitsluitend wanneer er ondersteuning is van een gecontracteerde zorgverlener.

Roken is de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte
In 2011 overleden in Nederland 18 858 mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken, ongeveer even veel als in 2010. De sterfte aan longkanker is de belangrijkste direct aan roken gerelateerde doodsoorzaak. In deze aantallen zijn nog niet de sterfgevallen vanwege passief meeroken verdisconteerd. Wereldwijd is naar schatting 1 op de 100 sterfgevallen het gevolg van passief meeroken. De sterfte ontstaat vooral door hartziekten, luchtweginfecties, astma en longkanker.

Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

Delicten tegen de Opiumwet

Opsporingsonderzoeken naar ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit zijn in meerderheid gericht op drugs

72 Procent van de opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit is in 2011 drugsgerelateerd. Dit aandeel is lager dan in 2010 en 2009, maar of er echt sprake is van een daling is moeilijk te zeggen, omdat de cijfers over 2010 incompleet zijn.

Drugsgerelateerde opsporingsonderzoeken vormen wel nog steeds de meerderheid. Meestal zijn harddrugs (mede) in het spel, het vaakst cocaïne. Het aandeel met harddrugs nam toe ten opzichte van 2010. Het aandeel van onderzoeken gericht op heroïne nam toe in 2011 ten opzichte van 2010. Het aandeel opsporingsonderzoeken met softdrugs nam toe in 2011 en is in 2011 hoger dan in eerdere jaren.

Meer ontmantelingen en inbeslagnames van (productielocaties van) synthetische drugs

Het aantal ontmantelingen van productielocaties en opslagplaatsen en het aantal afvaldumpingen van synthetische drugs nam toe in 2011 ten opzichte van 2010. Het aantal is in 2011 relatief hoog. Er werden meer verdachte transacties gerapporteerd op basis van de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën.

Er zijn nieuwe precursoren voor amfetamine en MDMA in beslag genomen in 2011. PMK is niet in beslag genomen in 2011, evenals in 2010. BMK is wel in beslag genomen, maar minder dan in 2010.

Er is in 2011 duidelijk meer ecstasy in beslag genomen dan in 2010, 2009 en 2008, zowel in tablet- als in poedervorm. Er is meer amfetamine in beslag genomen dan in 2010. Daarnaast zijn andere synthetische drugs in beslag genomen.

Meer Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen

Het aantal Opiumwetzaken lijkt tegen de dalende trend van het totaal aantal zaken in, toe te nemen. Dit is zichtbaar in de hele strafrechtsketen, bij zowel politie, OM en - in 2012 - bij de rechter. De cijfers laten voornamelijk een stijging van het aantal softdrugsdelicten zien in de strafrechtsketen. Bij de rechter geldt dit alleen voor 2012. Het aandeel van de softdrugsdelicten overstijgt nu dat van de harddrugsdelicten, behalve bij de politie waar dit aandeel ongeveer gelijk is aan dat van de harddrugsdelicten. Mogelijk heeft de toename van softdrugsdelicten in 2012 te maken met het aangescherpte coffeeshopbeleid, dat heeft geleid tot een toegenomen aandacht van politie en OM en tot aanhoudingen van softdrugsdealers.

Opiumwetdelicten worden meestal voor de rechter gebracht

De meeste verdachten van Opiumwetdelicten worden gedagvaard. Zaken met harddrugs worden vaker voor de rechter gebracht dan softdrugszaken. De laatste worden vaker afgedaan zonder dagvaarding, bijvoorbeeld met een OM-transactie. De zaken

waarbij zowel hard- als softdrugs in het spel zijn vormen een duidelijke minderheid, maar ze worden wel relatief het vaakst gedagvaard.
In 2011 en 2012 komen de eerste strafbeschikkingen bij Opiumwetdelicten in beeld. Het aandeel van de strafbeschikking neemt snel toe. De strafbeschikkingen lijken nu deels in de plaats van de transacties te komen. Het aandeel transacties daalt dan ook. Momenteel eindigt nog één op de zes Opiumwetzaken in een transactie door het OM. In 2012 is het aantal Opiumwetzaken waarin een taakstraf wordt opgelegd hoger dan het aantal waarin een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf wordt opgelegd.

Gedetineerd vanwege een Opiumwetdelict
15 Procent van de gedetineerden was op peildatum 30 september 2012 gedetineerd voor een Opiumwetdelict. Dit percentage is lager dan in 2011.

Recidive van Opiumwetdelinquenten
Van de in 2009 voor een Opiumwetgerelateerd delict vervolgde personen recidiveerde rond vijf procent binnen een jaar opnieuw specifiek met een drugsdelict. Deze specifieke recidive loopt op in de loop van de tijd: bij de cohorten die langer gevolgd zijn is de recidive na 10 jaar rond 28 procent. De recidive van de meer recente cohorten is lager dan die van eerdere cohorten. Harddrugsdelinquenten recidiveren vaker dan softdrugsdelinquenten voor enig delict en ook voor ernstige delicten.

Alcohol- en drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem

Verdachten met de classificatie "alcoholgebruiker" of "drugsgebruiker"
De categorie "alcoholgebruikende verdachte" bij de politie bestaat in 2011 en 2012 voornamelijk uit mannen van tussen de 35 en 54 jaar, die vaak meerdere criminele antecedenten hebben en worden verdacht van vermogensdelicten (zonder geweld) en geweldsdelicten (tegen personen).
De categorie "drugsgebruikende verdachten" bij de politie bestaat eveneens al sinds jaren voornamelijk uit mannen. De gemiddelde leeftijd is rond 41-42 jaar. De meerderheid heeft een aanzienlijke criminele historie. Ook zij worden vooral opgepakt vanwege vermogensdelicten (zonder geweld) en geweldsdelicten (tegen personen). Er zijn in 2012 nauwelijks verschillen met 2011 en 2010.

Rijden onder invloed daalt
Het aantal verdachten van rijden onder invloed is dalende. Het percentage van alle verdachten in 2011 (12%) verschilt niet van 2010. Het gaat tot nu toe vooral om rijden onder invloed van alcohol, maar ook rijden onder invloed van drugs of medicijnen is strafbaar. In de nabije toekomst kan ook rijden onder invloed van (een aantal) drugs beter opgespoord worden.

Zeer actieve veelplegers minder vaak verslaafd
Het aandeel zeer actieve veelplegers met verslavingsproblemen is dalende. Deze trend

zet ook in 2011 door. Verslavingsproblematiek is wel nog steeds de meest voorkomende problematiek onder deze groep: 64% heeft volgens de reclassering verslavingsproblemen.

Huiselijk geweld en middelengebruik
Er bestaat een samenhang tussen alcoholgebruik en -verslaving en huiselijk geweld en gebruik van alcohol, amfetamine en cocaïne en gewelddadig gedrag, met name in het nachtleven en bij evenementen, waarbij het effect afhangt van de dosis.

Drugsgerelateerde overlast
24 Procent van de ingezetenen van Nederland geeft in de landelijke Veiligheidsmonitor aan dat in 2012 wel eens drugshandel of drugsgebruik voorkomt in hun buurt. Vier procent heeft er in 2012 zelf veel overlast van. De politieregio's Amsterdam-Amstelland, Rotterdam-Rijnmond, Limburg-Zuid en Haaglanden scoren ongunstiger op sociale overlast (waaronder drugshandel en drugsgebruik worden gerekend) dan gemiddeld. In 2011 gaf bijna vijf procent aan overlast te ervaren die men aan drugs relateert. Dit verschilde niet significant van eerdere jaren.

Verslavingsreclassering houdt toezicht en geeft adviezen
Bij de verslavingsreclassering stonden eind 2012 ruim 17 700 cliënten ingeschreven, minder dan in 2011. De verslavingsreclassering verricht in 2012 vooral activiteiten in het kader van toezicht op justitiabelen en brengt adviezen uit over cliënten aan justitiële instanties (Openbaar Ministerie, rechter of gevangenisautoriteiten).

Zorg als alternatief voor of in aansluiting op detentie
Verslaafde justitiabelen worden steeds vaker toegeleid naar forensische zorg buiten detentie, meestal naar ambulante verslavingsbehandeling. In 2011 leidde de verslavingsreclassering vaker cliënten naar laagdrempelige niet-klinische voorzieningen.

De Inrichting voor Stelselmatige Daders
De meerderheid van personen onder de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) bestaat uit problematische drugsgebruikers. De meeste ISD'ers volgen in 2012 een trajectregime met gedragsinterventies binnen detentie. Er worden vaker trajecten buiten detentie gevolgd en minder vaak trajecten binnen detentie.

Tabel 1a, deel 1 **Kerncijfers Middelengebruik: Opiumwetmiddelen**

	Cannabis	Cocaïne	
Gebruik algemene bevolking (2009)			
- Percentage recente gebruikers, 15-64 jaar[II] - Percentage actuele gebruikers, 15-64 jaar[II]	7,0% 4,2%	1,2% 0,5%	
- Trend recent gebruik (**2001-2005)**[IV] - Trend recent gebruik **(2005-2009/2011)**[IV]	Stabiel Onbekend	Stabiel Onbekend	
- Internationale vergelijking[V]	Gemiddeld	Gemiddeld	
Gebruik jongeren, scholieren (2011)			
- Percentage actuele gebruikers, 12-18 jaar	7,7%	0,8%	
- Trend (2003-2011)	Stabiel	Stabiel	
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar (2011)[VI]	Boven gemiddelde	Gemiddeld	
Aantal probleemgebruikers	2007-2009	2009/2010	
	29 300 (afhankelijk-heid) 40 200 (misbruik)	0,5% in 3 grootste steden is crackverslaafd	
Aantal cliënten verslavingszorg (2012)[VI]			
- Middel als primair probleem - Middel als secundair probleem	10 207 4 176	7 516 5 388	
- Trend (2005-2010)	Stijging, tot 2011	Daling vanaf 2008	
Aantal ziekenhuisopnames (2011)			
- Misbruik/afhankelijkheid als hoofddiagnose - Misbruik/afhankelijkheid als nevendiagnose	89 798	96 800	
- Trend (2005 – 2010)	Stijging	Stijging	
Geregistreerde sterfte (2011)[VII]			
	Vrijwel geen primaire sterfte	19 (primair)	

I. Voornamelijk heroïne (en methadon). II. Recent gebruik is gebruik in het afgelopen jaar, actueel gebruik is gebruik in de laatste maand. III. Vanwege verschillen in onderzoeksmethoden zijn de gegevens over drugsgebruik in 2005 en 2009 niet vergelijkbaar. Voor de peilingen in 2001 en 2005 is de methode gelijk gebleven en kan voor deze periode een trend in drugsgebruik worden vastgesteld. IV. Ten opzichte van het gewogen gemiddelde in lidstaten van de Europese Unie (EMCDDA). V. Ten opzichte van het ongewogen

	Opiaten[I]	Ecstasy	Amfetamine	GHB	Slaap- en kalmerings-middelen
	0,1% 0,1%	1,4% 0,4%	0,4% 0,2%	0,4% 0,2%	10,1% 5,9%
	Stabiel Onbekend	Stabiel Onbekend	Stabiel Onbekend	Onbekend	Daling Onbekend
	Laag	Boven gemiddelde	Gemiddeld	Onbekend	Onbekend
	0,2%	0,9%	0,6%	0,1%	Onbekend
	Daling	Stabiel	Stabiel	Onbekend	Onbekend
	Gemiddeld	Boven gemiddelde	Onder gemiddelde	Gemiddeld	Boven gemiddelde
	2008				2007-2009
	± 18 000	Onbekend	Onbekend	Onbekend	22 000 (afhankelijkheid) 35 000 (misbruik)
	10 605 1 454	128 276	1 485 732	761 109	610 1 045
	Daling	Daling	Stijging, tot 2011	Stijging vanaf 2007	Stijging, stabilisering vanaf 2009
	55 679	86 178		Onbekend Onbekend	99 229
	Stijging	Stijging		Onbekend	Stijging
	33 (primair)	<5		13	41

gemiddelde in 36 Europese landen (ESPAD). VI. Verslavingszorg exclusief reclasseringsgegevens. VII. Gebaseerd op de zware rokers (20 of meer sigaretten per dag) in de bevolking van 12 jaar en ouder in 2010. VII. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak. Secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie).

Tabel 1a, deel 2 Kerncijfers Middelengebruik: Alcohol en Tabak

	Alcohol	Tabak
Gebruik algemene bevolking	2011	2012
	78% (12 jaar en ouder)	26% (15 jaar en ouder)
- Trend in gebruik	Geringe daling (2001-2011)	Daling (2001-2011), geringe toename in 2012
- Internationale vergelijking	Boven gemiddelde	Beneden gemiddelde
Gebruik jongeren, scholieren	2011	
- Percentage actuele gebruikers, 12-18 jaar	43%	19%
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar (2011)[I]	Boven gemiddelde	Boven gemiddelde
Aantal probleemgebruikers	2007-2009	2011
	82 400 (afhankelijkheid) 395 600 (misbruik)	±731 000[II]
Aantal cliënten verslavingszorg (2012)	Alcohol	Tabak
- Middel als primair probleem - Middel als secundair probleem	30 758 3 864	Niet van toepassing
- Trend (2002-2012)	Stijging	Niet van toepassing
Aantal ziekenhuisopnames (2011)		
- Misbruik/afhankelijkheid als hoofddiagnose - Misbruik/afhankelijkheid als nevendiagnose	6 473 16 389	Onbekend
Geregistreerde sterfte[III]	2012	2011
	701 (primair)[IV] 978 (secundair)	18 858 (primair)

I. Ten opzichte van het ongewogen gemiddelde in 36 Europese landen (ESPAD). II. Gebaseerd op de zware rokers (20 of meer sigaretten per dag) in de bevolking van 12 jaar en ouder. III. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak. Secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie). IV. Hierbij is de sterfte aan verkeersongevallen en sterfte geassocieerd met kanker nog niet meegerekend.

Tabel 1b Kerncijfers Drugscriminaliteit: Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen, 2011-2012

Fase in keten	Opsporingsonderzoeken meer ernstige vormen georganiseerde drugscriminaliteit	Aantal verdachten politie/KMar[I]	Aantal zaken OM Instroom	Afdoeningen rechter 1e aanleg	Gedetineerden[II]
Aantal Opiumwet					
- Totaal	Onbekend	17 894 (2012; 18 327)	17 396 (2012; 18 098)	9 118 (2012; 9 491)	1 855
- Harddrugs	31% (alleen harddrugs)	7 946 (2012; 8 005)	7 374 (2012; 7 570)	4 355 (2012; 4 152)	Onbekend
- Softdrugs	24% (alleen softdrugs)	8 368 (2012; 8 855)	9 307 (2012; 9 796)	4 297 (2012; 4 835)	Onbekend
- Beide	45% (hard+soft)	1 563 (2012; 1 427)	678 (2012; 676)	457 (2012; 490)	Onbekend
- Ontwikkeling 2010-2011/-2012 absoluut	Onbekend	Stijging	Stijging	Daling, in 2012 stijging	Daling
- Globale trend 2004-2011/2012	Onbekend	Min of meer constant van 2004 tot 2008, daarna daling tot 2011 (vooral daling combinatie hard- en softdrugs en harddrugs; softdrugs schommelt). Stijging in 2011 en 2012 (vooral bij softdrugs).	Dalend van 2004 tot 2010 (daling harddrugs sterker dan daling softdrugs). Stijging in 2011 en 2012 (vooral van softdrugs)	Toename vanaf 2004 tot 2007, van 2007 tot en met 2011 dalend. Stijging in 2012 (bij softdrugs, harddrugs daalt). Daling harddrugs vanaf 2004. Softdrugs eerst stijgend, sinds 2007 tot en met 2011 dalend; in 2012 stijging, evenals combinatie hard- en softdrugszaken.	Daling[III]
% **Opiumwet op totaal**	72%	7,8%	8,0%	8,6%	16,1%
- Ontwikkeling 2010 -2011/ 2012 in %	Daling totaal drugs (77%→72%)	Stijging in 2011 én 2012 (6,7 %→7,8 %)	Stijging in 2011 én 2012 (7,0 %→8,0 %)	Constant in 2011 en stijging in 2012 (7,8%→8,6%)	Daling (18%→15%)

I. Cijfers 2012 zijn voorlopig. II. Peildatum 30 september 2012. III. Trend 2006-2011. Bronnen: KLPD/IPOL, HKS, OMDATA, Kalidien & De Heer-de Lange, 2013.

DEEL I ALGEMEEN KADER

1 Inleiding

De Nationale Drug Monitor

In Nederland volgen tal van monitors de ontwikkelingen op het gebied van middelengebruik. Ook verschijnen er in hoog tempo wetenschappelijke publicaties over gebruikspatronen, preventie van middelengebruik en behandelwijzen en over strafrechtelijke interventies voor justitiabelen met problematisch middelengebruik. Voor beleidsmakers en professionals in de praktijk en diverse andere doelgroepen biedt de Nationale Drug Monitor (NDM) een actueel overzicht in deze grote stroom van informatie.
Het primaire doel van de NDM is om gecoördineerd en consistent gegevens over ontwikkelingen in middelengebruik en drugsgerelateerde criminaliteit te verzamelen op basis van bestaand onderzoek en registraties en deze kennis te bundelen en te vertalen in een aantal kernproducten, zoals Jaarberichten en thematische rapporten. Deze doelstelling sluit aan op het huidige streven naar het op feiten baseren van beleid en praktijk.
De NDM is in 1999 opgericht. Dat gebeurde op initiatief van de minister van VWS. Drugsbeleid kent echter niet alleen volksgezondheidsaspecten, maar ook aspecten van criminaliteit en overlast. Sinds 2002 ondersteunt ook het ministerie van Veiligheid en Justitie de NDM.
De NDM behartigt de volgende functies:

- Overkoepeling van en afstemming tussen de in Nederland lopende peilingen en registraties van het gebruik van psychotrope middelen (drugs, alcohol, tabak) en verslaving en drugsgerelateerde criminaliteit. De NDM streeft naar verbetering en harmonisatie van monitoringactiviteiten in Nederland, rekening houdend met internationale richtlijnen voor gegevensverzameling.
- Synthese van gegevens en rapportage aan nationale overheden en aan internationale en nationale instanties. Tot de internationale organisaties waaraan de NDM rapporteert horen de WHO (Wereld Gezondheidsorganisatie), de Verenigde Naties en het EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction).

In de NDM staan het verzamelen en integreren van cijfers centraal. Dit gebeurt wat middelengebruik betreft volgens een beperkt aantal kernindicatoren, ofwel barometers voor beleid, die zijn overeengekomen door de lidstaten van de Europese Unie in het kader van het EMCDDA. Het gaat daarbij om gegevens over:

- middelengebruik in de algemene bevolking
- problematisch gebruik en verslaving

- beroep op de hulpverlening
- ziekte in relatie tot middelengebruik
- en sterfte in relatie tot middelengebruik.

Het idee achter deze vijf kernindicatoren is dat de drugssituatie in een land ernstiger is naarmate er méér drugsgebruik voorkomt in de algemene bevolking, er méér problematische drugsgebruikers en verslaafden zijn, er méér een beroep wordt gedaan op de hulpverlening en er méér ziekte en sterfte voorkomt in relatie tot drugsgebruik. Trends in deze indicatoren kunnen echter door meer factoren worden beïnvloed dan alleen de drugsproblematiek. Voor een nadere toelichting verwijzen we naar Bijlage D.
Voor zover beschikbaar zijn ook gegevens opgenomen over aanbod en markt, zoals de prijs en kwaliteit van drugs. De NDM rapporteert ook over de geregistreerde drugscriminaliteit en de strafrechtelijke reactie hierop. Dit gebeurt eveneens volgens een serie met het ministerie van Veiligheid en Justitie overeengekomen indicatoren, waarvoor het WODC gegevens verzamelt (Meijer et al., 2003; Snippe et al., 2000). De Datamart Drugs van het WODC integreert hiertoe cijfers uit registratiesystemen van politie, Openbaar Ministerie en justitiële documentatie.

Samenwerkingsverband

De NDM steunt op de inbreng van vele deskundigen. Uitvoerders van tal van lokale en nationale monitoringprojecten, registrerende instanties en andere organisaties leveren bouwstenen aan.
De kwaliteit van de publicaties wordt gewaarborgd door de Wetenschappelijke Raad van de NDM. Deze Raad beoordeelt alle conceptteksten en adviseert over de kwaliteit van de monitoringgegevens. De Werkgroep Prevalentieschattingen van problematisch middelengebruik en de Werkgroep Drugsgerelateerde sterfte ondersteunen de NDM op thematische deelgebieden.
Eens per jaar publiceert de NDM een cijfermatig overzicht van verslaving en middelengebruik en de gevolgen daarvan en over drugsgerelateerde criminaliteit: het Jaarbericht. Dit rapport maakt deel uit van de documentatie die het parlement jaarlijks krijgt aangeboden.

Jaarbericht 2012

Het Jaarbericht 2012 van de Nationale Drug Monitor (NDM) geeft een overzicht van de ontwikkelingen rondom drugs, alcohol, tabak, slaap- en kalmeringsmiddelen en de drugsgerelateerde criminaliteit. Drugs, alcohol, tabak en slaap- en kalmeringsmiddelen zijn zogenaamde "psychotrope" middelen die op diverse manieren de gemoedstoestand van de gebruiker kunnen beïnvloeden. Deze psychotrope middelen vallen onder

verschillende wet- en regelgevingen. Drugs en slaap- en kalmeringsmiddelen vallen onder de Opiumwet en daarmee samenhangende wetten, zoals de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën en de Geneesmiddelenwet. Alcohol valt onder de Drank- en Horecawet en tabak valt onder de Tabakswet. Voor de opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten door het Openbaar Ministerie bestaan landelijke regels in de vorm van de Aanwijzing Opiumwet. Naast de landelijke wet- en regelgevingen zijn er ook nog regelingen op gemeentelijk niveau, met name de Algemene Plaatselijke Verordening (APV). De handhaving van wet- en regelgeving kan plaatsvinden langs verschillende kanalen. Handhaving van de gedoogcriteria in coffeeshops bijvoorbeeld kan zowel bestuurlijk als strafrechtelijk plaatsvinden.
In deel I van dit NDM Jaarbericht wordt na de inleiding in hoofdstuk 2 een overzicht gegeven van de recente ontwikkelingen in wetgeving en beleid, eerst voor de wettelijke kaders (§ 2.1), daarna voor het beleid rondom preventie en hulpverlening (§ 2.2), gevolgd door het beleid ter bestrijding van alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit (§ 2.3). De wettelijke kaders worden behandeld voor de Opiumwetmiddelen, de slaap- en kalmeringsmiddelen en voor alcohol en tabak. Bij de ontwikkelingen in preventie en hulpverlening worden de verschillende middelen gezamenlijk behandeld. Dit NDM Jaarbericht geeft een overzicht van de beleidsontwikkelingen tot 1 juli 2013.
Deel II geeft een overzicht van de ontwikkelingen in het gebruik van de Opiumwet-middelen: cannabis (hoofdstuk 3), cocaïne (hoofdstuk 4), de opiaten (hoofdstuk 5), ecstasy, amfetamine en daaraan verwante stoffen (hoofdstuk 6), GHB (hoofdstuk 7) en de slaap- en kalmeringsmiddelen (hoofdstuk 8). Deel III behandelt het gebruik van alcohol (hoofdstuk 9) en het gebruik van tabak (hoofdstuk 10). Bij het gebruik van de middelen gaat het om cijfers over gebruik in de algemene bevolking, onder jongeren en speciale groepen, problematisch gebruik, hulpvraag, incidenten, ziekte, sterfte en aanbod en markt.

Deel IV behandelt de aan alcohol en drugs gerelateerde criminaliteit. Hoofdstuk 11 behandelt de handel, de productie en het bezit van illegale drugs en hoofdstuk 12 geeft een overzicht van delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers en de interventies die daarbij zijn toegepast.
Cijfers over middelengebruik en drugscriminaliteit kunnen op verschillende manieren worden verzameld en weergegeven. Bijlage A geeft informatie over de terminologie.

Statistische significantie
In dit Jaarbericht worden trends in middelengebruik en verschillen tussen groepen gebruikers beschreven. Bij gegevens die afkomstig zijn van een steekproef uit de bevolking spreken we pas van een toename of afname in gebruik (of verschillen tussen groepen), indien deze statistisch significant zijn. Dat betekent dat dit verschil (waarschijnlijk) niet het gevolg is van steekproeffluctuaties. Statistische significantie zegt echter niet alles. Bij hele grote steekproeven kunnen minieme verschillen significant zijn, maar praktisch gezien geen betekenis hebben. Significantie is dus niet hetzelfde als relevantie. Omge-

keerd kunnen er duidelijke verschillen zijn in, bijvoorbeeld, percentages gebruikers in opeenvolgende peilingen, die volgens statistische toetsen niet significant zijn. Dat kan het geval zijn als steekproeven relatief klein zijn en de variatie binnen groepen groot. In die gevallen kan het voorkomen dat bij een grotere steekproef (bijvoorbeeld meer respondenten) een resultaat wel significant zou zijn.
In dit Jaarbericht letten wij op statistische significantie, maar belangrijker is echter de grootte van het verschil.

2 Wetgeving en beleid

2.1 Wettelijke kaders

2.1.1 Opiumwetmiddelen

De Opiumwet
Het eerst verantwoordelijke ministerie voor de Opiumwet is dat van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Dit vloeit voort uit het gegeven dat in het Nederlandse drugsbeleid het volksgezondheidsbelang vooropstaat. Met de Opiumwet voldoet Nederland aan de eisen van internationale verdragen waaraan het zich gebonden heeft. Relevant zijn het Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen uit 1961 zoals gewijzigd bij protocol van 1972, het Psychotrope stoffen Verdrag uit 1971 en het Verdrag tegen sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen uit 1988, alle drie VN-verdragen, en op Europees niveau de Schengen Akkoorden (1985; 1990), het Gemeenschappelijk Optreden 96/750/JBZ (1996) en het Kaderbesluit 2004/757/JBZ (2004), waarin - globaal samengevat - partijen zich ertoe verbonden hebben om op hun grondgebied de illegale handel in verdovende middelen te bestrijden, intracommunautaire stromen van verdovende middelen - met inbegrip van het drugstoerisme - te bestrijden, hierin met elkaar samen te werken en te streven naar harmonisatie van wetgevingen (Trb1963-81; Trb 1980-184; Trb 1987-90; Trb 1989-129; Trb 1989-97; Trb 1985-102; Raad van de Europese Unie, 1996, 2004).

De Opiumwet stelt de import en export, productie, teelt, het aanwezig hebben van en de handel in middelen die worden beschouwd als een risico voor de volksgezondheid strafbaar indien niet voldaan is aan strikte voorwaarden. De middelen waar het om gaat staan opgesomd in lijsten bij de Opiumwet. Er zijn twee lijsten. Op lijst I van de Opiumwet staan de middelen die een onaanvaardbaar risico met zich meebrengen voor de volksgezondheid. Dat zijn bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, amfetamine, LSD, ecstasy en GHB. Deze middelen worden aangeduid als ‘harddrugs’. Op lijst II staan cannabis, paddo’s en qat, en ook slaap- en kalmeringsmiddelen, zoals de benzodiazepines Valium® en Seresta®. De risico's van gebruik van deze middelen worden als minder groot ingeschat dan bij de middelen op lijst I. De middelen op lijst II worden aangeduid als ‘softdrugs’. In 2012 zijn GHB, mefedron, tapentadol en 4-MA op lijst I geplaatst.

Door bepaalde beroepsgroepen (apothekers, artsen) en instellingen (zoals ziekenhuizen, verslavingszorginstellingen) en voor bepaalde doeleinden (medisch of wetenschappelijk) mogen wel handelingen verricht worden met hard- of softdrugs die volgens de Opiumwet verboden zijn. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan daarvoor op basis van artikel 6 van de Opiumwet een ontheffing verlenen. Hiervoor

gelden strenge regels. Dit wordt zowel in de Opiumwet (art. 4 en art. 5) als in de Geneesmiddelenwet en de Regeling Geneesmiddelenwet duidelijk omschreven. De Inspectie voor de Volksgezondheid ziet erop toe dat de regels gevolgd worden.

De middelen die onder de Opiumwet vallen, en die normaliter aangeduid worden als 'drugs', zijn dus in principe illegaal, maar ze kunnen ook op legale wijze verhandeld en verstrekt worden. In de Opiumwet wordt het gebruik van drugs niet als strafbare handeling benoemd. Wel is er een uitspraak van de Raad van State over de 'blowverboden' die sommige gemeenten hebben ingesteld via hun Algemene Plaatselijke Verordening (APV). De Raad van State was van oordeel dat deze APV-bepalingen geen verbindende kracht hebben omdat ze de Opiumwet dupliceren. De Raad volgde hierbij de argumentatie dat gebruik van drugs strafbaar is op grond van de Opiumwet omdat gebruik het aanwezig hebben van drugs impliceert en dit laatste strafbaar is gesteld in de Opiumwet (Raad van State 13-07-2011, LJN:BR1425). De Rechtbank Rotterdam oordeelde eveneens in deze zin over de blowverboden in Rotterdam (Rechtbank Rotterdam 31-01-2013, LJN: BZ0314). De Rechtbank Amsterdam oordeelde anders: het verbod op openlijk gebruik van harddrugs op de weg, dat Amsterdam in de APV had opgenomen, is volgens deze uitspraak geen verboden duplicatie van strafbepalingen in de Opiumwet, omdat met het betreffende artikel in de APV het beschermen van de openbare orde wordt beoogd, wat een ander motief is dan het volksgezondheidsbelang dat voorop staat bij de formulering van de verbodsbepalingen in de Opiumwet (Rechtbank Amsterdam 24-10-2012, LJN: BY1098).

Strafrechtelijke opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten
Voor de strafrechtelijke opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten is het Openbaar Ministerie eindverantwoordelijk. De politie heeft een uitvoerende rol in de opsporing en de handhaving. Het Openbaar Ministerie kan zelf bij bepaalde delicten een sanctie opleggen (een strafbeschikking) en het kan zaken voor de rechter brengen (dagvaarden).

Bij de opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten wordt door het Openbaar Ministerie een expliciet beleid gevolgd. Dit beleid is vastgelegd in de Aanwijzing Opiumwet (Stc 2012-26938, zie ook www.om.nl).

Het aanwezig hebben van geringe hoeveelheden voor eigen gebruik wordt niet gericht opgespoord en niet vervolgd. De politie mag wel altijd controleren op drugs in het kader van de opsporing van dealers. Als iemand bij een controle een gebruikshoeveelheid harddrugs aanwezig heeft - daarbij wordt volgens de Aanwijzing Opiumwet verstaan bijvoorbeeld één bolletje, één ampul, één wikkel, één pil, in elk geval niet meer dan 0,5 gram, of vijf ml GHB - geldt een lager strafmaximum. De hulpverlening aan de gebruiker dient dan voorop te staan en politie en Openbaar Ministerie moeten in een vroeg stadium contact leggen met een verslavingszorginstelling of een andere hulpverleningsinstelling. Als iemand vijf gram of minder van cannabis aanwezig heeft, wordt in beginsel niet strafrechtelijk opgetreden. Bij hoeveelheden van tussen de vijf en

30 gram volgt bij ontdekking wel een strafrechtelijke reactie. Eenzelfde soort regel geldt voor paddo's: er wordt niet strafrechtelijk opgetreden tegen het aanwezig hebben van hoeveelheden tot en met 0,5 gram gedroogde paddo's en vijf gram verse paddo's.

Bij de teelt van cannabis is de mate van beroeps- of bedrijfsmatig handelen doorslaggevend. Politie en Openbaar Ministerie geven geen prioriteit aan het telen van een geringe hoeveelheid cannabisplanten voor eigen gebruik. Bij een hoeveelheid van vijf planten of minder wordt in beginsel aangenomen dat er geen sprake is van beroeps- of bedrijfsmatig handelen. Deze situatie wordt gelijk behandeld als de situatie waarin wordt geconstateerd dat sprake is van een geringe hoeveelheid, bestemd voor eigen gebruik.

Handelingen die voorbereidend of faciliterend zijn voor illegale productie, handel of im- en export van harddrugs zijn eveneens strafbaar gesteld in de Opiumwet (met uitzondering van handelingen die im- of export van geringe hoeveelheden voor eigen gebruik betreffen). Hieronder wordt ook het bezit van stoffen begrepen die bedoeld zijn voor gebruik in de illegale productie van harddrugs (zie bijvoorbeeld Rechtbank 's-Hertogenbosch 14-06-2012, LJN: BW8614). Een wetsvoorstel om ook handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt strafbaar te stellen in de Opiumwet is in 2013 aangenomen door de Tweede Kamer en ligt ter behandeling voor in de Eerste Kamer (Stc. 2011-13125; T.K. 32842-2; T.K. 32842-3; T.K.Handelingen 2011-2012,77-30, T.K.Handelingen 2012-2013,67-9; E.K. 32842-A).

Coffeeshops, gebruikersruimten en gedogen

Ten aanzien van coffeeshops en gebruikersruimten voert het Openbaar Ministerie een expliciet gedoogbeleid. In coffeeshops en gebruikersruimten wordt de Opiumwet overtreden, maar dit wordt niet gericht opgespoord en niet vervolgd ('gedoogd') als aan expliciet geformuleerde criteria is voldaan. Bij de coffeeshops is het uitgangspunt dat de volksgezondheid (het gescheiden houden van de gebruikersmarkten van hard- en softdrugs) en de openbare orde beter gediend zijn met het gedogen van coffeeshops dan met handhaving van de wet (zie Aanwijzing Opiumwet, www.om.nl). Het gaat hier om een positieve beslissing niet op te sporen en te vervolgen, los van de aanwezige capaciteit.

Coffeeshops moeten zich houden aan in de Aanwijzing Opiumwet vastgelegde gedoogcriteria (de AHOJGI-criteria): ze mogen geen reclame maken/zich niet afficheren, geen harddrugs voorhanden hebben of verkopen, geen overlast veroorzaken, niet toegankelijk zijn voor en niet verkopen aan jeugdigen (onder 18 jaar) en slechts een beperkte hoeveelheid cannabis per transactie verkopen en aanwezig hebben. In een coffeeshop mag bovendien geen alcohol verkocht worden en de handelsvoorraad mag de 500 gram niet te boven gaan.

Per 1 januari 2012 werden de gedoogcriteria in de Aanwijzing Opiumwet aangescherpt met het Besloten club criterium (B) en het Ingezetenencriterium (I). Het B-criterium hield in dat uitsluitend toegang kon worden verleend en verkocht mocht worden aan leden van de coffeeshop, waarbij bepaald was dat de coffeeshop in één kalenderjaar maximaal 2 000 lidmaatschappen mocht uitgeven en dit moest documenteren in de vorm van een controleerbare ledenlijst. Het lidmaatschap was beperkt tot één coffeeshop. Het B-criterium is per 19 november 2012 vervallen (T.K. 24077-293) en per 1 januari 2013 is het uit de Aanwijzing Opiumwet gehaald. Het I-criterium geldt sinds 1 januari 2013 landelijk. Het houdt in dat alleen ingezetenen van Nederland toegang mogen krijgen tot de coffeeshop en daar cannabis mogen kopen. De daadwerkelijke handhaving van het I-criterium geschiedt in overleg met betrokken gemeenten en zo nodig gefaseerd.

In gebruikersruimten wordt, om overlast op straat tegen te gaan, aan drugsverslaafden de gelegenheid geboden hun gebruikershoeveelheid drugs te nemen. Dit wordt alleen gedoogd in een breder kader van een door de lokale driehoek - dit is een overleg van de burgemeester, de politiechef en de officier van justitie - te formuleren geïntegreerde benadering van de drugsproblematiek waarbij de belangen van de volksgezondheid en de openbare orde veilig zijn gesteld.

Strafmaten voor Opiumwetdelicten

De straffen die maximaal opgelegd kunnen worden voor Opiumwetdelicten variëren (zie artikel 10 en 11 Opiumwet). Voor de strafmaat is het al dan niet opzettelijk plegen van het delict het onderscheidende criterium, naast de ernst van het delict. De hoogste straf die gegeven kan worden is die voor smokkel van harddrugs: 12 jaar gevangenisstraf of een geldboete van 78 000 euro. Er kunnen voor Opiumwetdelicten ook taakstraffen worden opgelegd, zowel afzonderlijk als in combinatie met een vrijheidsstraf of een geldboete. Als een Opiumwetdelict wordt gepleegd in het kader van een criminele organisatie geldt een hoger strafmaximum (artikel 11a Opiumwet; zie ook artikel 140 WvSr).

Ook bestuursrechtelijke handhaving en sanctionering is mogelijk: artikel 13b, lid 1, van de Opiumwet bepaalt: "De burgemeester is bevoegd tot oplegging van een last onder bestuursdwang indien in woningen of lokalen dan wel in of op bij woningen of zodanige lokalen behorende erven een middel als bedoeld in lijst I of II wordt verkocht, afgeleverd of verstrekt dan wel daartoe aanwezig is".

Dit artikel wordt wel aangeduid als de 'wet Damocles'. Het kan bijvoorbeeld worden toegepast wanneer een coffeeshop de gedoogcriteria niet naleeft; zo'n coffeeshop overtreedt dan artikel 3 van de Opiumwet en de burgemeester kan, na een waarschuwing, de coffeeshop tijdelijk of definitief sluiten. De burgemeester kan tevens, in zijn bevoegdheid tot het handhaven van de openbare orde in zijn gemeente, preventief ingrijpen door bijvoorbeeld een gebiedsverbod op te leggen (zie artikel 172a Gemeentewet) en hij kan boetes opleggen. Dit zijn zogenoemde buitengerechtelijke afdoeningen.

Met de Opiumwet samenhangende wetten
Bij de bestrijding van de productie van synthetische drugs (waarbij het vooral gaat om amfetamine en ecstasy) speelt de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC) een belangrijke rol. De WVMC dateert van 1995 en is gebaseerd op EU-verordeningen. Deze wet wil voorkomen dat bepaalde stoffen worden misbruikt voor de vervaardiging van illegale middelen en stelt daarom regels voor de vervaardiging, het in de handel brengen en de in- en doorvoer van bepaalde chemicaliën die ook gebruikt kunnen worden voor het maken van illegale middelen, de zogenoemde drugs(pre)precursoren. Een voorbeeld is PMK (Piperonyl Methyl Ketone), dat een precursor is voor MDMA (3,4-methylenedioxy-N-methylamphetamine) ofwel ecstasy.

De Geneesmiddelenwet uit 2007 regelt zaken rondom de productie, de handel, het voorschrijven en het verstrekken van geneesmiddelen, waartoe ook in de Opiumwet genoemde middelen kunnen behoren, die alleen met een ontheffing voor medische doeleinden geproduceerd, verhandeld en verstrekt mogen worden. Voor zowel de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën als de Geneesmiddelenwet is VWS het eerst verantwoordelijke ministerie. Ook dit vloeit voort uit het volksgezondheidsbelang, dat in het beleid ten aanzien van drugs vooropstaat.

2.1.2 Opiumwet versus Geneesmiddelenwet

Veel middelen die nu op de twee lijsten van de Opiumwet staan, hebben vaak een toepassing (gehad) in de reguliere geneeskunde. De belangrijkste internationale VN-verdragen over verdovende middelen en psychotrope stoffen, het Enkelvoudig Verdrag uit 1961 en het Psychotrope stoffen Verdrag uit 1971, bevatten daarom een uitvoerige reglementering van en een verplichting tot het uitoefenen van toezicht op de legale productie en handel van verdovende middelen en psychotrope stoffen, waarvan het gebruik uitsluitend is toegestaan voor wetenschappelijke en geneeskundige doeleinden.

Als artsen of apothekers middelen die op de Opiumwet staan willen voorschrijven c.q. verstrekken (bijvoorbeeld pijnstillers, zoals morfine, oxycodon, of fentanyl, of slaap- en kalmeringsmiddelen, zoals oxazepam en andere benzodiazepines), dan zijn ze aan strenge regels gebonden. Dit wordt zowel in de Opiumwet (art. 4 en art. 5) als in de Geneesmiddelenwet en de Regeling Geneesmiddelenwet duidelijk omschreven (Expertcommissie Lijstensystematiek Opiumwet, 2011).

Wanneer een geneesmiddel bestanddelen bevat die onder de Opiumwet vallen, zijn beide regelingen van toepassing, waarbij de Opiumwet een lex specialis (bijzondere wetgeving) is ten opzichte van de Geneesmiddelenwet.

Genoemde stoffen zijn onder de werking van de verdragen en de Opiumwet gebracht omdat ze een gevaar voor de gezondheid van de gebruiker vormen vanwege de verslavende eigenschappen, de bewustzijnsbeïnvloedende effecten en het bestaande of het te verwachten misbruik.

De World Health Organisation (WHO) adviseert over elke wijziging in de lijsten van de twee verdragen. Onder wijziging dient te worden verstaan de plaatsing van een nieuw middel of een nieuwe stof op een lijst, de verplaatsing van de ene naar de andere lijst en de algehele verwijdering van een middel of stof van een lijst. Het Enkelvoudig Verdrag en het Psychotrope stoffen verdrag bevatten elk vier lijsten. Naar mate er meer risico van misbruik bestaat bij een middel waarvan het risico voor de gezondheid groot is, gelden strengere regels.

Warenwet
In tegenstelling tot de Geneesmiddelenwet bevat de Opiumwet artikelen (art. 10 en 11) waarin stafmaten worden genoemd die kunnen worden opgelegd als bepaalde door de Opiumwet verboden handelingen door de politie worden opgespoord. Juridisch kan ook een beroep worden gedaan op de Warenwet om een proces aan te spannen tegen personen, daartoe niet bevoegd op grond van de Geneesmiddelenwet, die handelen in middelen die een gevaar voor de veiligheid of de gezondheid van de mens zouden kunnen opleveren (Warenwet, art. 18). Voor de strafmaten van dit soort delicten is artikel 174 van het Wetboek van Strafrecht van toepassing: “hij die waren verkoopt, te koop aanbiedt, aflevert of uitdeelt, wetende dat zij voor het leven of de gezondheid schadelijk zijn, en dat schadelijk karakter verzwijgende, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste vijftien jaren of geldboete..”. Er zijn genoeg juridische kaders om het illegale gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, pijnstillers en andere geneesmiddelen die oneigenlijk gebruikt kunnen worden aan te pakken.

CAM
In Nederland heeft het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM), dat in 2000 door de minister van VWS is ingesteld, tot taak ervoor te zorgen dat nieuwe drugs, indien daartoe aanleiding is, aan een risicoschatting worden onderworpen volgens vastgestelde procedures en criteria. Het CAM heeft tevens een coördinerende taak bij het vroegtijdig signaleren van nieuwe drugs, en het adviseren van de minister van VWS over te nemen maatregelen ten aanzien van deze middelen (Stc 2000-8).

2.1.3 Wettelijke kaders voor het reguleren van het gebruik van alcohol

In tegenstelling tot het gebruik van hard- en soft drugs, slaap- en kalmeringsmiddelen en tabak, bestaan er geen internationale verdragen die regels stellen ten aanzien van de productie en het gebruik van alcohol. In Nederland zijn er verschillende (nationale) wettelijke kaders die direct invloed hebben op het nationale alcoholbeleid:

- De Drank- en Horecawet;

- De Mediawet;
- De Wegenverkeerswet in verband met alcoholverkeerscontroles;
- Accijnsheffing (door het Ministerie van Financiën).

Daarnaast zijn er beleidsinstrumenten en wettelijke kaders ten aanzien van preventie en behandeling (zie § 2.2).

Drank- en Horecawet
De Drank- en Horecawet (in werking getreden in 1967) beoogt randvoorwaarden te scheppen voor een verantwoorde distributie van alcoholhoudende drank, althans voor zover dat 'bedrijfsmatig of anders dan om niet' gebeurt en reguleert primair de verkoop van alcoholhoudende dranken: zwakalcoholhoudende dranken (met minder dan 15% alcohol, met name wijn en bier) mogen alleen verkocht worden in levensmiddelenwinkels en slijterijen, terwijl sterke drank (met meer dan 15% alcohol) slechts in slijterijen verkocht mag worden. Verkoop van alcoholhoudende drank voor gebruik ter plaatse is alleen toegestaan in horecabedrijven. In de Drank- en Horecawet zijn ook leeftijdsgrenzen voor de verkoop van alcoholhoudende drank opgenomen (art. 20): 16 jaar voor de verkoop van zwakalcoholhoudende drank en 18 jaar voor de verkoop van sterke drank. Per 1 januari 2013 zijn jongeren onder de 16 jaar die alcohol in hun bezit hebben strafbaar.

Wijzigingen in Drank- en Horecawet
Per 1 januari 2013 is de Drank- en Horecawet aanzienlijk gewijzigd (Stb. 2012-237). De kern van de wijzigingen was gericht op het terugdringen van het alcoholgebruik onder met name jongeren, het voorkomen van alcoholgerelateerde verstoring van de openbare orde en de reductie van de administratieve lasten. De gemeenten hebben meer bevoegdheden gekregen: zij kunnen extreme prijsacties zowel in de horeca als in de supermarkten verbieden (art. 25d); de gemeenten kunnen bepalen dat jongeren onder een bepaalde leeftijd ná een bepaalde tijd niet meer mogen worden toegelaten in de horeca (art. 25b); het toezicht op de naleving komt primair bij de gemeenten te liggen in plaats van bij de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA) (art. 41); de burgermeester kan de vergunning van een supermarkt om zwakalcoholhoudende drank te verkopen voor ten hoogste 12 weken schorsen als de winkel zich niet houdt aan de leeftijdsgrens (art. 31 en 32). Een groot deel van de Drank- en Horecawet regelt de eisen die gesteld worden aan ondernemers en leidinggevenden van slijterijen en horecabedrijven én aan de lokaliteiten zelf.

Wetsontwerp leeftijdsgrens
In een recent door de Tweede Kamer aanvaard wetsontwerp wordt de leeftijdsgrens voor de verstrekking van alle alcoholhoudende drank verhoogd naar 18 jaar (TK 33341-3). Het wetsvoorstel is in behandeling bij de Eerste Kamer. Het kabinet wil de leeftijdsverhoging op 1 januari 2014 laten ingaan. De verkoper is verplicht de leeftijd van de aspirant-koper vast te stellen door het controleren van het identiteitsbewijs.

Mediawet
De Mediawet (2008) verbiedt alcoholreclame op televisie en radio van 6 uur 's morgens tot 9 uur 's avonds (art. 2.94). Voor de rest wordt alcoholreclame voornamelijk geregeld door de drankindustrie middels zelfregulering. Sinds 1977 is er een Reclamecode voor Alcoholhoudende Dranken. Er wordt een vrijwillig reclameverbod voor alle media nagestreefd als minimaal 25 procent van het publiek jonger dan 18 jaar is. De code schrijft adverteerders ook voor om slogans bij alcoholreclame te plaatsen ("Geen 16? Geen druppel!"). Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de EU Richtlijn Audiovisuele Mediadiensten waarin staat: "audiovisuele commerciële communicatie voor alcoholische drank mag niet specifiek gericht zijn op minderjarigen en mag niet tot overmatig gebruik van dergelijke dranken aanzetten" (2010/13/EU).

Accijnsheffing
Op alle alcoholhoudende dranken worden accijnzen geheven. De accijnsheffing valt onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Financiën. Accijnzen zijn een bijzondere verbruiksbelasting op alcohol en alcoholhoudende dranken, tabaksproducten, benzine en andere brandstoffen. Het doel hiervan is het genereren van extra algemene middelen én -in sommige gevallen- het stimuleren van een bewuster gebruik van het product waarover de accijns wordt geheven. De accijnsopbrengsten worden door de fabrikanten, de handelaren en de importeurs van de accijnsgoederen aan de Belastingdienst overgemaakt (STAP, www.stap.nl).

2.1.4 Wettelijke kaders voor het reguleren van het gebruik van tabak

Om de productie en het gebruik van tabak te reguleren zijn er internationale en nationale wettelijke kaders. Zowel de Verenigde Naties -via de WHO- als de Europese Unie beïnvloeden het tabaksbeleid in Nederland.

WHO-Kaderverdrag
Nederland heeft in 2005 het WHO-Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging ondertekend (Trb 2004-269), beter bekend onder de Engelse naam Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Doel van het FCTC is om de huidige en toekomstige generaties te beschermen tegen de gevolgen van tabaksconsumptie en het blootstaan aan tabaksrook. Van de verdragsondertekenaars wordt actie gevraagd op de volgende tien punten:
- Prijs- en belastingmaatregelen nemen om de vraag naar tabak te doen afnemen;
- Tabaksontmoedigingsbeleid beschermen tegen de belangen van de tabaksindustrie;
- Burgers beschermen tegen blootstelling aan tabaksrook;
- Reguleren van de ingrediënten van tabaksproducten;
- Gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen moeten minstens 50 procent van het oppervlak van de verpakking beslaan;
- Opzetten van bewustwordingscampagnes ter stimulering van het ontmoedigen van het gebruik van tabak;
- Een verbod op tabaksreclame, -promotie en -sponsoring moet worden nagestreefd;

- Ontwikkeling en implementatie van behandelrichtlijnen voor tabaksverslaving;
- De illegale handel in tabaksproducten moet worden tegengegaan;
- Wettelijk verbod op de verkoop van tabaksproducten aan minderjarigen.

Het International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC Project) heeft tot doel de psychosociale en gedragsmatige invloed van het FCTC wetenschappelijk te meten. In Nederland zijn al vijf surveys onder rokers uitgevoerd (http://www.itcproject.org/countries/netherlands).

Richtlijnen van de Europese Unie
Op het gebied van het reguleren van tabaksproducten heeft de Europese Unie de afgelopen jaren enkele richtlijnen doen uitgaan. Het Europese Parlement heeft in 2001 de EU-Tabaksproductrichtlijn 2001/37/EC aangenomen waarin ter bescherming van de gezondheid van de burgers aan de lidstaten een maximum aan teer, nicotine en koolmonoxide dat in sigaretten mag zitten werd opgelegd. Deze richtlijn schrijft ook voor dat er gezondheidswaarschuwingen op de pakjes moesten komen (EUR-Lex-32001L0037). In 2012 kwamen de Europese Commissie en het Europese parlement met een voorstel om deze richtlijn aan te passen ten einde het functioneren van de interne markt te verbeteren en vanwege ontwikkelingen op wetenschappelijk en politiek gebied (2012/0366; COD; Talhout & Opperhuizen, 2012).

Een andere richtlijn is de Richtlijn 2011/64 van de Raad van de Europese Unie betreffende de structuur en de tarieven van de accijns op tabaksfabrikaten. Deze heeft tot doel om de accijnstarieven in de lidstaten van alle tabaksproducten te verhogen en meer op elkaar af te stemmen. De achtergrond hiervan is de goede werking van de interne markt te bevorderen en een hoog niveau van gezondheidsbescherming te bieden. De Europese Unie is ook apart deelnemer aan het WHO Kaderverdrag en heeft uit dien hoofde ook de verplichting om op Europees niveau aan tabaksontmoediging te doen.

Tabakswet
Sinds 1988 kent Nederland een nieuwe Tabakswet, die sindsdien diverse malen is gewijzigd. De Tabakswet werd ingevoerd om in het belang van de volksgezondheid het gebruik van tabak tegen te gaan en in het bijzonder de blootstelling aan rook door niet-rokers te beperken (Tabakswet, pre-ambule). In de Tabakswet wordt geregeld:
- Aanduiding, samenstelling en verbod van tabaksproducten;
- Reclame- en sponsorbeperkingen;
- Verkoopbeperkingen;
- Rookverboden.

Als bijlage worden de overtredingen en boetes beschreven met betrekking tot reclame, het verkoopverbod en het rookverbod. Enkele bijzondere onderwerpen zijn apart geregeld in het Aanduidingenbesluit Tabaksproducten, het Besluit beperking verkoop en gebruik tabaksproducten en het Besluit uitvoering rookvrije werkplek, horeca en andere ruimten.

- Tabaksproducenten en -importeurs zijn verplicht jaarlijks een lijst in te dienen van alle ingrediënten die voor de productie van hun tabaksproducten worden gebruikt (art. 3b Tabakswet).
- Op alle tabaksverpakkingen moet én een algemene waarschuwing ("Roken is dodelijk" of "Roken brengt u en anderen rondom u ernstige schade toe") én een bijkomende waarschuwing staan (art. 1 Aanduidingenbesluit). Die waarschuwingen moeten respectievelijk 30 procent van de buitenvoorkant en 40 procent van de buitenachterkant beslaan (art. 4 Aanduidingenbesluit). Dat is dus minder dan in het Kaderverdrag staat.
- De leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten is vooralsnog 16 jaar (art. 8 Tabakswet). Eind maart 2013 is een wijzigingsvoorstel naar de Tweede Kamer gestuurd om die leeftijd naar 18 jaar te verhogen. De beoogde invoerdatum is 1 januari 2014. Als onderbouwing hiervoor schrijft de regering: "Bekend is dat voor de meeste rokers hun tabaksverslaving begint in de periode dat ze op de middelbare school zitten. In deze periode vertonen jongeren experimenteergedrag, zijn ze beïnvloedbaar en zijn hun hersenen zeer gevoelig voor de verslavende eigenschappen van nicotine. Hoe eerder een kind begint met roken hoe waarschijnlijker het is dat hij of zij verslaafd raakt. Ook kunnen rokers die vroeg zijn gestart met veel roken op latere leeftijd vaker moeilijker stoppen met roken. Het is dus belangrijk dat jongeren niet beginnen met roken. Daarom is het wenselijk de verkrijgbaarheid van tabak voor jongeren te beperken en pas mogelijk te maken vanaf 18 jaar" (T.K.33590-3).

Sinds 2004 zijn werkgevers verplicht ervoor te zorgen dat werknemers rookvrij kunnen werken (art. 11.b.1 Tabakswet). Deze verplichting tot rookvrij werken geldt vanaf 2008 ook voor de horeca met werknemers. Er is wel een aantal uitzonderingen: een werkgever kan voor rokers een afsluitbare rookruimte aanwijzen; de werkgever kan toestaan dat zijn rokende werknemers af en toe in de open lucht gaan roken; in privéwoningen hoeft een werkgever niet te zorgen voor rookvrij werken (dit betreft onder andere monteurs en thuiszorgmedewerkers). Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, of maatschappelijke opvang mogen in de helft van hun recreatieruimtes roken toestaan (art. 2.3 Besluit beperking verkoop). Voor het invoeren van een rookverbod voor de hele horeca wordt gestreefd naar de invoerdatum 1 juli 2014.

Evenals bij alcohol geschiedt de accijnsheffing op tabaksproducten door het Ministerie van Financiën. De wetgeving van de Europese Unie heeft grote invloed op de hoogte van de tabaksaccijnzen: momenteel moet de totale accijns op sigaretten minstens 57 procent bedragen van de gewogen gemiddelde kleinhandelsprijs voor consumenten. Sinds 2006 zijn de accijnzen op sigaretten en shag negen maal verhoogd (zie § 10.7).

2.2 Hoofdlijnen van het nationale beleid op het gebied van de preventie en de hulpverlening voor drugs, alcohol en tabak

2.2.1 Preventie

Het Ministerie van VWS coördineert de preventieactiviteiten op het gebied van drugs, alcohol en tabak. Elke vier jaar moet er een landelijke nota gezondheidsbeleid worden gepresenteerd. Volgens de Wet Publieke Gezondheid zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van de preventieprogramma's op het terrein van de gezondheid (art. 13 WPG). Roken, alcohol drinken en drugs gebruiken horen duidelijk tot de gezondheidsthema's waarop de gemeenten beleid voeren, dat elke vier jaar in een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid moet worden geformuleerd.

In de meest recente nationale preventienota "Gezondheid dichtbij" van september 2011 worden de speerpunten van de vorige nota (uit 2006) voortgezet: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Over de aanpak van middelengebruik staat er: "het kabinet wil verslavingsrisico's ten gevolge van het gebruik van alcohol, tabak en drugs samenhangend aanpakken, bijvoorbeeld via het programma de Gezonde School en Genotmiddelen".

Het Ministerie van VWS heeft in februari 2013 aangekondigd dat er een nieuw, breed en samenhangend Nationaal Programma Preventie (NPP) wordt ontwikkeld (T.K.32620-78). In april 2013 zijn de eerste contouren van het NPP gepresenteerd. Preventie gaat een meer prominente plaats krijgen in de gezondheidszorg. Daarnaast wordt er meer werk gemaakt van de reductie van chronische ziekten en de risicofactoren daarvoor: diabetes, depressie, overgewicht, roken, alcohol en onvoldoende bewegen (T.K.32793-70). Daarom wil de regering samenhangende preventieprogramma's ontwerpen om de gekozen speerpunten integraal aan te pakken via de domeinen zorg, school, werk en wijk.

Hoewel de gemeenten eindverantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de preventieprogramma's, worden de meeste van deze programma's op het gebied van middelengebruik ontwikkeld en daadwerkelijk uitgevoerd in samenwerkingsverbanden van preventieafdelingen van verslavingszorginstellingen en GGD-en, scholen, wijkcentra en enkele landelijke instellingen zoals het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid en het Trimbos-instituut.

De beleidsdoelen voor de preventie van roken zijn erop gericht te voorkomen dat jongeren gaan roken en om rokers te ondersteunen bij het stoppen met roken. Daarnaast zijn er interventies om niet-rokers te beschermen tegen blootstelling aan schadelijke stoffen in tabaksrook. Het uiteindelijke doel van tabaksontmoediging is de ziektelast

ten gevolge van roken te verminderen. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor tabakspreventie op lokaal niveau. Het ontmoedigen van roken en beschermen van niet-rokers gebeurt via een combinatie van interventiemethoden: 1. Regelgeving, handhaving en beleid; 2. Voorlichting en educatie; 3. Signalering, advies en stopondersteuning vanuit de zorg; 4. Beïnvloeden van de sociale en fysieke omgeving.[1]

De belangrijkste beleidsdoelen van het alcoholpreventiebeleid zijn: 1. Dat jongeren niet voor hun 16de jaar beginnen met drinken; 2. Dat jongeren ouder dan 16 jaar minder gaan drinken; 3. Dat minder mensen lichamelijk of geestelijk afhankelijk worden van alcohol; 4. Dat de schadelijke gevolgen van te veel alcoholgebruik worden verminderd.[2]

In het kader hiervan worden door de rijksoverheid o.a. de volgende initiatieven ondersteund (zie: www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/alcohol):

- een richtlijn voor huisartsen, die hen helpt om mensen op tijd naar de juiste instantie door te verwijzen;
- speciale lespakketten over alcohol voor de basisschool en het voortgezet onderwijs (de gezonde school en genotmiddelen) (www.dgsg.nl);
- het aanbieden van diverse websites waar de bezoekers zelf of experts iemands drankgebruik online beoordelen en inschatten of iemand een probleem heeft (bijv. drinktest.nl, alcoholinfo.nl);
- online programma's en zelfhulpgroepen voor mensen die willen minderen of stoppen met alcohol (bijv. minderdrinken.nl, alcoholondercontrole.nl, alcoholdebaas.nl, alcoholenik.nl, alcohol infolijn);
- alcoholpoli's bij ziekenhuizen waar jongeren met een alcoholvergiftiging naast medische hulp ook worden begeleid door een psycholoog en zo nodig worden doorverwezen naar een andere hulpinsteling;
- protocollen vroegsignalering van alcoholproblemen bij volwassenen en bij jongeren, ondermeer in het voortgezet speciaal onderwijs;
- Handleiding lokaal alcoholbeleid voor gemeenten (RIVM et al., 2012).

Het toezicht op de Drank- en Horecawet is per 1 januari 2013 overgedragen van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) naar de gemeenten. Om de gemeenten te ondersteunen bij hun nieuwe taak heeft de NVWA het Expertisecentrum Handhaving DHW opgezet (http://www.handhavingdhw.nl/).

In de Aanwijzing Opiumwet wordt de doelstelling van het Nederlandse drugsbeleid als volgt geformuleerd: "Het Nederlandse drugsbeleid richt zich op het tegengaan en reduceren van drugsgebruik, zeker voor zover leidend tot gezondheids- en sociale schade, en op het voorkomen en verminderen van de maatschappelijke schade die aan het gebruik van, de productie van en de handel in drugs is verbonden" (Stc. 2012-22936).

---

[1] http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/interventies-en-beleid/.
[2] http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/alcohol/preventie-en-behandeling-alcoholverslaving.

In een algemene beleidsnotitie over het drugsbeleid uit 2011 (T.K. 24077-259) staan duidelijke voornemens op het gebied van preventie en behandeling. Er wordt meer ingezet op voorlichting op scholen om drugsgebruik tegen te gaan:

- Er wordt speciaal ingezet op vroege opsporing en behandeling van problematisch gedrag -inclusief middelengebruik- bij jongeren;
- In de verslavingszorg zal er meer nadruk komen op e-health, er komt meer samenhang in de aanpak van multi-probleem verslaafden en op de nazorg en maatschappelijke integratie van uitbehandelde verslaafden (TK 24077-259).

2.2.2 Verslavingszorg

In Nederland wordt algemene verslavingszorg geboden door dertien gespecialiseerde regionale instellingen op 200 locaties in samenwerking met de gemeentelijke GGD-en. Van de dertien instellingen zijn er zeven geïntegreerd met een ggz-instelling, is een instelling geïntegreerd met de maatschappelijke opvang en zijn de overige vijf een instelling gebleven voor categorale verslavingszorg. Sinds 2006 zijn er ook private verslavingsklinieken toegelaten.

De verslavingszorg biedt een breed scala aan programma's, therapieën en voorzieningen voor verschillende soorten middelengebruikers. Het grootste deel wordt in een ambulante setting gegeven. Sinds 1999 loopt het landelijke zorgvernieuwingsproject Resultaten Scoren, dat zich richt op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, behandeling en preventie door de ontwikkeling en invoering van op wetenschappelijke evidentie berustende methodieken en het verzamelen en terugkoppelen van gegevens over de resultaten aan de instellingen en aan derden (Spits en Schippers, 2012). Uit een recente evaluatie naar de implementatie van de producten van Resultaten Scoren in de verslavingszorg bleek dat de volgende instrumenten en vormen van hulpverlening bijna overal werden gebruikt: de Intakemodule, de Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie (MATE), de Leefstijltrainingen, de richtlijn Detox, de richtlijn Dubbele Diagnose-Dubbele Hulp, de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) en de Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen (Spits en Schippers, 2012).

De verslavingszorg wordt gefinancierd vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Verschillende voorzieningen vallen onder verschillende wettelijke regelingen. De verslavingszorg is een onderdeel van de GGZ. De behandeling in de klinische verslavingszorg wordt in het eerste jaar betaald uit de Zorgverzekeringswet. Als er een langere behandeling noodzakelijk is, wordt die betaald vanuit de AWBZ. De eigen bijdrage voor tweedelijns GGZ, die in 2012 werd ingevoerd, is door het kabinet Rutte II weer afgeschaft.

In juni 2012 hebben de belangrijkste stakeholders in de GGZ een bestuurlijk akkoord gesloten met het Ministerie van VWS. Daarin is onder andere afgesproken dat het aantal bedden in de GGZ in 2020 met een derde zal zijn verminderd. Hoewel de verslavingszorg voor een groot deel ambulante zorg biedt, zal ook in de verslavingszorg het aantal bedden worden afgebouwd. Er wordt meer ingezet op ambulante behandeling, behandeling door de huisarts en e-health.

Cijfers van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS) voor het registratiejaar 2012 laten zien dat vanaf 2009 het aantal cliënten daalt, maar dat er het afgelopen jaar voor het eerst meer uitschrijvingen dan inschrijvingen waren. Ook is het absolute aantal in- en uitschrijvingen in 2012 afgenomen (Wisselink et al., 2013). In de LADIS cijfers zijn de anonieme e-health behandelingen, de behandelingen in de eerste lijn en de behandelingen door privé verslavingsklinieken niet meegenomen. Naast de eigen bijdrage voor de tweedelijns verslavingszorg zouden deze factoren ook een rol kunnen spelen bij de afname van de hulpvraag in de reguliere verslavingszorg. In 2012 gold er een eigen bijdrage voor behandeling en verblijf in de verslavingszorg van € 145 per maand vanaf de tweede opnamemaand. Voor ambulante zorg bedroeg de eigen bijdrage maximaal € 200.

2.3 Beleid ter bestrijding van alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

2.3.1 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit en overlast

Wanneer gesproken wordt over drugsgerelateerde criminaliteit, dan vallen daaronder de volgende delicten (volgens de definitie van het EMCDDA, zie Carpentier, 2007):

- Delicten tegen drugswetgeving, in concreto de Opiumwet en aanverwante wetten. Het gaat hier om smokkel, teelt, productie en bezit van drugs maar ook om de illegale handel en productie van precursoren en witwassen. Rijden onder invloed wordt hier door het EMCDDA eveneens toe gerekend;
- Delicten die samenhangen met het functioneren van de illegale drugshandel, als onderdeel van de aanvoer, distributie en het gebruik van drugs, de zogenoemde 'systemische criminaliteit' (bijvoorbeeld geweld in relatie tot drugshandel en corruptie);
- Delicten om geld of drugs te bemachtigen ('economisch-compulsieve drugscriminaliteit'). Het kan zowel gaan om vermogensdelicten als om geweldsdelicten;
- Delicten die gepleegd worden onder invloed van een psychoactieve stof ('psychofarmacologische criminaliteit') ten gevolge van intensief of chronisch gebruik; het gaat hier voornamelijk om geweldsdelicten.

Een deel van deze delicten (rijden onder invloed, geweldsdelicten) wordt ook gepleegd onder invloed van alcohol.

Naast de bestrijding van de criminaliteit is ook de aan alcohol en drugs gerelateerde overlast een gebied waar het beleid - landelijk en lokaal - zich op richt (T.K. 24077-259). Sommige vormen van overlast zijn strafbaar en kunnen strafrechtelijk en/of bestuursrechtelijk gesanctioneerd worden. Overlast gerelateerd aan middelengebruik wordt wel ingedeeld in:

- criminele overlast: handelingen die strafbaar zijn gesteld in het Wetboek van Strafrecht (deze categorie overlapt met middelengerelateerde criminaliteit);
- openbare orde overlast: overtredingen van de APV;
- audiovisuele overlast: als irritant, hinderlijk en onaangepast ervaren gedrag zonder dat er sprake is van criminaliteit of ordeverstorende gedragingen zoals omschreven in de APV.

Het recente beleid is vooral gericht op overlast die verband houdt met coffeeshops en de handel in verdovende middelen (T.K. 24077-293).

In het onderstaande worden de belangrijkste beleidsprioriteiten beschreven.

2.3.2 Prioriteiten in de bestrijding van delicten tegen de Opiumwet

Politie en justitie richten zich bij de opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten primair op de in- en uitvoer en de bedrijfsmatige productie van en de grootschalige handel in hard- en softdrugs. De georganiseerde criminaliteit in relatie tot de productie van en/of de in- en uitvoer van heroïne, cocaïne, synthetische drugs en cannabis/hennepteelt is sinds 2008 gekwalificeerd als dreiging voor de Nederlandse samenleving en krijgt als zodanig prioriteit in de opsporing en vervolging (T.K. 29911-17; T.K. 29911-79; zie ook T.K. 24077-259). Er wordt een geïntegreerde aanpak gevolgd op landelijk, regionaal en lokaal niveau, dat wil zeggen dat zowel strafrechtelijke als bestuurlijke, fiscale en privaatrechtelijke instrumenten worden ingezet en dat bestuur, Openbaar Ministerie, politie, andere opsporingsdiensten en de fiscus in de regio samenwerken. Ze worden daarbij ondersteund en geadviseerd door Regionale Informatie- en Expertisecentra (RIECs). De RIECs op hun beurt worden sinds 2011 ondersteund door het LIEC, het Landelijk Informatie en Expertise Centrum.

Men probeert vooral om het criminele bedrijfsproces te verstoren en gelegenheidsstructuren weg te nemen. Sommige soorten criminele samenwerkingsverbanden worden met prioriteit aangepakt, bijvoorbeeld verbanden die omvangrijk en structureel actief zijn, rechtspersonen gebruiken en geavanceerde werkwijzen volgen, of die gebruik maken van geweld en corruptie. De financiële aanpak, het afpakken van het criminele gewin, staat voorop (T.K. 29911-68; T.K. 29911-69). De politie versterkt haar capaciteit op dit gebied in een speciaal programma en een gespecialiseerd bureau 'FinEC': Financieel Economisch Opsporen Politie; T.K. 29911-68).

Omdat het witwassen van crimineel verkregen vermogen inherent is aan alle vormen van georganiseerde criminaliteit, krijgt de aanpak van witwassen sinds 2008 prioriteit binnen de bestrijding van georganiseerde criminaliteit (T.K. 29911-79).

2.3.3 Beleid ter reductie van overlast en criminaliteit gepleegd door middelengebruikers

Voor justitiabelen en overlastgevers met middelenproblematiek bestaat een aantal maatregelen, die deels specifiek zijn voor deze doelgroep, deels ook op een bredere populatie zijn gericht. Het beleid concentreert zich op zeer actieve veelplegers. Dit zijn personen van 18 jaar en ouder die over een periode van vijf jaar, waarvan het peiljaar het laatste jaar vormt, meer dan tien processen-verbaal tegen zich zagen opgemaakt, waarvan tenminste één in het peiljaar. Deze groep bestaat voor een substantieel deel uit drugsverslaafden.

- De wet Forensische Zorg: dit is een brede wet die beoogt om het strafrechtelijk systeem goed te laten aansluiten bij de forensische zorg daarbuiten (T.K. 32398-3). De wet is in december 2012 aangenomen door de Tweede Kamer en is thans in behandeling bij de Eerste Kamer (E.K. 32398-E). De bedoeling is dat justitiabelen met problemen - verslavingsproblemen, psychische problemen of een licht verstandelijke handicap - naar zorg buiten detentie worden toegeleid, om hun herstel en hun re-integratie te stimuleren en hun criminele recidive terug te dringen. Alleen problematische justitiabelen die niet gemotiveerd zijn of die niet geschikt zijn voor plaatsing in een voorziening buiten detentie, blijven in het gevangenissysteem. Zij worden, volgens de wet, geplaatst in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC).
- Veiligheidshuizen: dit zijn lokale/regionale samenwerkingsverbanden van in ieder geval gemeenten, politie, Openbaar Ministerie, Raad voor de Kinderbescherming, reclassering en welzijnsorganisaties die problemen signaleren, oplossingen bedenken en die samen uitvoeren. Ingezet wordt op gedragsverandering, recidivevermindering en verbetering van de kwaliteit van leven van de justitiabele, met als doel het terugdringen van overlast, huiselijk geweld en criminaliteit.
- Gedragsinterventies: voor justitiabelen is er een aanbod van evidence-based gedragsinterventies, die binnen en buiten de gevangenis gegeven worden. Een door het ministerie van Veiligheid en Justitie ingestelde Erkenningscommissie toetst of een gedragsinterventie voldoende evidence-based is. Specifiek voor justitiabelen met problematisch middelengebruik en/of gokgedrag zijn er de Korte leefstijltraining en de Leefstijltraining voor justitiabelen, beide erkend in 2009, en de gedragsinterventie Alcohol en Geweld, die erkend is in 2012. Daarnaast bestaat de Halt-afdoening Alcohol voor jongeren tussen 12 en 18 jaar die zich schuldig maken aan overlast, vernieling, openbare dronkenschap, of aan alcoholgebruik op plaatsen waar dit door de gemeente in de plaatselijke regelgeving (APV) verboden is. Als het Halt-traject goed wordt doorlopen, zal de jongere geen strafblad krijgen.
- Faciliteren van de terugkeer in de maatschappij na detentie: bij het begin van de detentie wordt bij een gedetineerde geïnventariseerd of hij/zij beschikt over een identiteitskaart, een onderkomen, inkomen, en (indien noodzakelijk) begeleiding of zorg en regeling van schulden. Bij vrijlating zouden al deze zaken in orde moeten zijn. Dit is een verantwoordelijkheid van gemeenten en penitentiaire inrichtingen. Het ministerie van Veiligheid en Justitie is een nazorgprogramma gestart, waarin

penitentiaire inrichtingen, gemeenten, reclassering, GGZ/verslavingszorg, woningcorporaties en organisaties die zich bezighouden met schuldenregeling, samenwerken (Van Duijvenbooden en Plattje, 2010).

- De Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD): Stelselmatige daders zijn zeer actieve veelplegers die in de vijf jaren voorafgaand aan het gepleegde feit ten minste driemaal voor het plegen van een misdrijf onherroepelijk zijn veroordeeld tot een vrijheidsbenemende of vrijheidsbeperkende straf of maatregel, die ook ten uitvoer is gelegd. De rechter kan aan deze stelselmatige daders voor maximaal twee jaar de maatregel ISD opleggen. Het doel van de maatregel is het bevorderen van de veiligheid van de maatschappij door incapacitatie van stelselmatige daders voor een langere tijdsperiode, en het verbeteren van de individuele situatie van de stelselmatige dader, met het oog op recidivevermindering.

De reclassering speelt bij deze interventies een rol. Ze doet onderzoek naar de situatie van justitiabelen en stelt voorlichtingsrapporten op, ze begeleidt verdachten of veroordeelden en houdt toezicht op het naleven van de voorwaarden van justitie, en ze ontwikkelt en organiseert taakstraffen en andere alternatieve straffen. De Minister van Veiligheid en Justitie heeft drie reclasseringsorganisaties aangewezen: Reclassering Nederland, de Stichting Verslavingsreclassering van de Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (SVG), en het Leger des Heils. De meeste justitiabelen met alcohol- of drugsproblemen, maar niet alle, zijn cliënt van de SVG. De SVG is een netwerkorganisatie van elf regionale verslavingszorginstellingen met een reclasseringsafdeling en een landelijk bedrijfsbureau.

DEEL II ONTWIKKELINGEN IN GEBRUIK: OPIUMWETMIDDELEN

3 Cannabis

Cannabis (Cannabis Sativa of hennep) omvat hasj en wiet in diverse preparaten. THC (tetrahydrocannabinol) is het belangrijkste psychoactieve bestanddeel. Cannabis wordt doorgaans gerookt in sigaretten, al dan niet samen met tabak, en soms via een verdamper. Eten – in de vorm van spacecake – komt weinig voor. Consumenten ervaren cannabis meestal als rustgevend, ontspannend en geestverruimend. In hoge dosis kan cannabis angst, paniek en psychotische symptomen veroorzaken. Onderstaande gegevens gelden voor hasj en wiet samen, tenzij anders aangegeven.

Dit hoofdstuk gaat over het gebruik van cannabis als illegale drug. Naast dit illegaal gebruik is cannabis in Nederland erkend als medicijn voor een beperkt aantal ziektes. Volgens gegevens van de apotheken hebben van september 2003 tot en met december 2010 in totaal 5 540 mensen cannabis medicinaal gebruikt (Hazekamp en Heerdink, 2013).

In 2012 zijn beleidswijzigingen doorgevoerd, onder andere ten aanzien van de gedoogcriteria voor coffeeshops (zie § 2.1.1). Cannabis staat op lijst II van de Opiumwet. Op 26 maart 2013 heeft het kabinet een ontwerp wetswijziging naar de Raad van State gestuurd voor plaatsing van 'hennep en hasjiesj' met vijftien procent of meer THC op lijst I van de Opiumwet. Deze beoogde wijziging vindt plaats vanuit het oogpunt van de volksgezondheid, vooral van jonge mensen. Ook verwacht het kabinet dat deze maatregel een generaal preventief zal hebben op de productie en export van cannabis, vanwege de hogere strafbedreiging die voor lijst I middelen geldt waarmee de criminele ondernemer een wezenlijk hoger risico gaat lopen (Staten-Generaal 33593-A/1; zie § 2.1.1).

3.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over cannabis in dit hoofdstuk zijn:

- In 2009 lag het percentage ooit-, recente en actuele cannabisgebruikers in de algemene bevolking hoger dan in 2005. Dit kan samenhangen met een wijziging in onderzoeksmethode (§ 3.2).
- Het cannabisgebruik onder scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs bleef tussen 2007 en 2011 stabiel (§ 3.3).
- Bijna een op de drie scholieren die in de afgelopen maand hadden geblowd deed dit wel eens onder schooltijd (§ 3.3).
- Het recent en actueel cannabisgebruik onder Nederlandse volwassenen valt samen met het Europese gemiddelde (§ 3.5).

- Het percentage actuele cannabisgebruikers onder Nederlandse scholieren van 15-16 jaar is in 2011 twee keer hoger dan het Europese gemiddelde (§ 3.5).
- De jarenlange toename van het aantal cannabiscliënten bij de verslavingszorg is in 2012 omgeslagen in een lichte daling (§ 3.6).
- Algemene ziekenhuizen registreren van 2010 naar 2011 een verdere toename van het aantal opnames waarbij cannabismisbruik of -afhankelijkheid een rol speelt (§ 3.6).
- De gemiddelde THC-concentratie in de nederwiet daalde van 2012 naar 2013. De gemiddelde THC-concentratie in geïmporteerde hasj en wiet bleef gelijk (§ 3.8).
- Nederwiet bevat vrijwel geen cannabidiol (CBD), een stof die mogelijk ongewenste effecten van THC tegen gaat (§ 3.8).
- De gemiddelde prijs van een gram nederwiet nam in 2013 verder toe (§ 3.8).

3.2 Gebruik: algemene bevolking

Van alle illegale drugs wordt cannabis het meest gebruikt. In 1997, 2001, 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). Vanwege een landelijk afstemmingstraject van leefstijlmonitoren zullen nieuwe cijfers over het cannabisgebruik in de algemene bevolking naar verwachting pas in 2015 verschijnen (Kramers et al., 2013).

De methode van gegevensverzameling verschilde in 2009 van die in de eerdere peilingen. In 1997, 2001 en 2005 zijn gegevens over drugsgebruik verzameld in een persoonlijk interview met respondenten, waar bij de onderzoeker de antwoorden op een laptop invoerde. In 2009 vulde de respondent zelf direct de antwoorden op de vragen in, zonder dat de interviewer meekeek. Er zijn aanwijzingen dat meer anonieme en privacybeschermende methoden, zoals toegepast in 2009, leiden tot hogere prevalenties van gebruik (persoonlijke communicatie CBS; EMCDDA, 2002).

- Van 1997 tot 2001 bleef het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat ooit cannabis had gebruikt stabiel. Tussen 2001 en 2005 nam het percentage ooitgebruikers toe. Het totale percentage recente en actuele gebruikers bleef in deze periode op hetzelfde niveau. In de peiling van 2009 lag het cannabisgebruik op alle maten hoger dan in 2005 (tabel 3.1). Zoals aangegeven zouden verschillen in onderzoeksmethoden hierbij een rol kunnen spelen.
- In 2009 had ongeveer een op de vier ondervraagden ooit cannabis gebruikt (26%).
- Een op de veertien had in het jaar voor het interview cannabis geconsumeerd (recent gebruik) en een op de vijfentwintig had dit nog gedaan in de maand er voor (actueel gebruik).
- Omgerekend naar de bevolking bedraagt het aantal actuele gebruikers van cannabis 466 duizend.
- In 2009 had 1,2 procent van de bevolking voor het eerst in het leven cannabis gebruikt. De aanwas van nieuwe gebruikers is over de jaren heen gelijk gebleven.

Tabel 3.1 **Gebruik van cannabis in Nederland onder mensen van 15 tot en met 64 jaar. Peiljaren 1997, 2001, 2005 en 2009[I]**

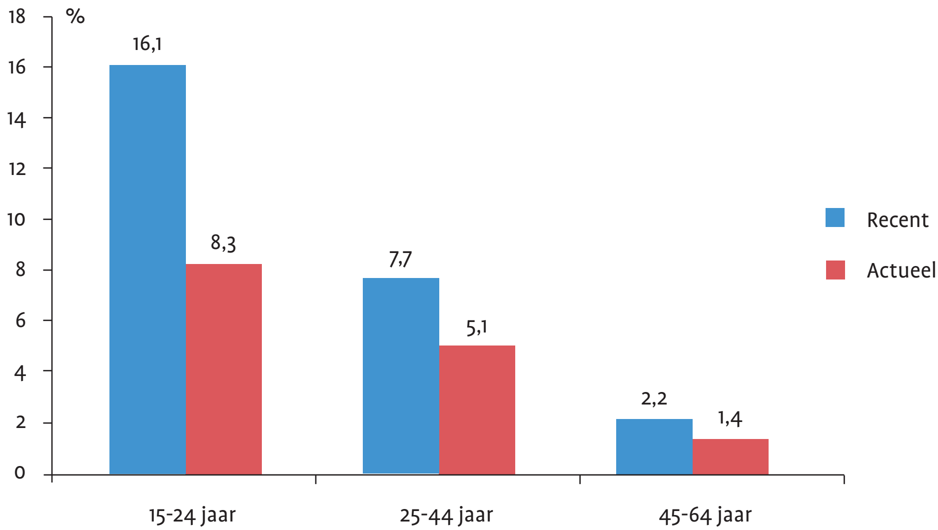
	1997	2001	2005	Wijziging methode[I]	2009[I]
Ooitgebruik	19,1%	19,5%	22,6%	...	25,7%
• Mannen	24,5%	23,6%	29,1%		32,9%
• Vrouwen	13,6%	15,3%	16,1%		18,4%
Recent gebruik[II]	5,5%	5,5%	5,4%	...	7,0%
• Mannen	7,1%	7,2%	7,8%		9,8%
• Vrouwen	3,8%	3,8%	3,1%		4,2%
Actueel gebruik[III]	3,0%	3,4%	3,3%	...	4,2%
• Mannen	4,2%	4,8%	5,2%		6,3%
• Vrouwen	1,8%	1,9%	1,5%		2,0%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	1,4%	1,1%	1,3%	...	1,2%
Gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers[II]	27,3 jaar	28,3 jaar	30,5 jaar	...	-

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005), 5 769 (2009). ... = Wijziging methode. - = Gegevens niet beschikbaar. I. In 2009 is de onderzoeksmethode gewijzigd (zie tekst). Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. II. In het afgelopen jaar. III. In de afgelopen maand. Bron: NPO, IVO/CBS.

Leeftijd en geslacht

- Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis (tabel 3.1).
- Consumptie van cannabis komt het meest voor onder jongeren en jongvolwassenen (figuur 3.1).
  - Het percentage recente gebruikers van cannabis is bijna twee keer hoger in de leeftijdsgroep 15-24 jaar vergeleken met 25-44-jarigen, en acht keer hoger vergeleken met mensen van 45-64 jaar.
  - De gemiddelde leeftijd van de recente cannabisgebruikers nam toe, van 27 jaar in 1997 naar bijna 31 jaar in 2005 (tabel 3.1; geen cijfers voor 2009).
  - De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers van cannabis lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 16,4 jaar. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 19,6 jaar.

Figuur 3.1 Cannabisgebruikers in Nederland per leeftijdsgroep. Peiljaar 2009



Percentage gebruikers recent(laatste jaar) en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, IVO.

De grote steden

Consumptie van cannabis komt meer voor in grote steden dan elders (tabel 3.2).

- In 2009 was het percentage mensen dat ervaring heeft met cannabis in zeer sterk stedelijke gebieden ongeveer twee keer zo groot als in matig, weinig en niet-stedelijke gebieden.
- Ook het percentage recente en actuele cannabisgebruikers was veruit het hoogst in zeer sterk stedelijke gebieden. De overige gebieden verschillen weinig in recent en actueel cannabisgebruik.

Tabel 3.2 Gebruik van cannabis in de vier grote steden en in niet-stedelijk gebied onder mensen van 15 tot en met 64 jaar. Peiljaar 2009

	Ooit	Recent	Actueel
Zeer sterk stedelijk[I]	38,7%	12,6%	8,2%
Sterk stedelijk[II]	27,5%	6,9%	3,7%
Matig stedelijk[III]	22,8%	5,6%	3,0%
Weinig stedelijk[IV]	17,5%	4,7%	3,0%
Niet-stedelijk[V]	18,5%	4,3%	2,6%

Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). I. Definitie (CBS): gemeenten met meer dan 2 500 adressen per vierkante kilometer. Dit zijn: Amsterdam, Rotterdam, Delft, Den Haag, Groningen, Haarlem, Leiden, Rijswijk, Schiedam, Utrecht, Vlaardingen en Voorburg. II. Gemeenten met 1 500 -2 500 adressen per vierkante kilometer. III. Gemeenten met 1 000 - 1 500 adressen per vierkante kilometer. IV. Gemeenten met 500-1 000 adressen per vierkante kilometer. V. Gemeenten met minder dan 500 adressen per vierkante kilometer. Bron: NPO, IVO/CBS.

Mate van consumptie

- Bijna eenderde (30,2%) van de actuele cannabisgebruikers nam (bijna) dagelijks cannabis, ofwel 1,3 procent van de totale bevolking van 15-64 jaar. Dat is meer dan het percentage (bijna) dagelijkse cannabisgebruikers in 2005 (23,3%).
- Omgerekend naar de bevolking gebruikten in 2009 141 duizend mensen (bijna) dagelijks cannabis.
- Een Europees onderzoek laat zien dat het aantal joints per typische gebruiksdag en de hoeveelheid cannabis die gebruikers in een joint[1] stoppen, toeneemt met de frequentie van gebruik (Van Laar et al., 2013).
  - Onder Nederlandse cannabisgebruikers varieerde het gemiddeld aantal joints van circa 1 voor degenen die op minder dan een dag in de maand blowden tot circa 4 onder degenen die (bijna) dagelijks blowen. Mogelijk blowen vooral infrequente gebruikers minder, omdat zij relatief vaak hun joint delen. Van een joint die men deelt met anderen, gebruikt men zelf minder.
  - Ook de gemiddelde hoeveelheid cannabis per joint nam toe van 0,16 gram tot 0,25 gram. De totale dagdosis varieerde van gemiddeld 0,2 gram tot 1,1 gram.
  - Op basis van de jaarconsumptie per type gebruiker en het aantal gebruikers volgens het NPO in 2009 werd de totale cannabisconsumptie in een jaar geschat op tussen 44 en 69 ton per jaar. In deze schatting is de consumptie door toeristen niet meegerekend.

3.3 Gebruik: jongeren

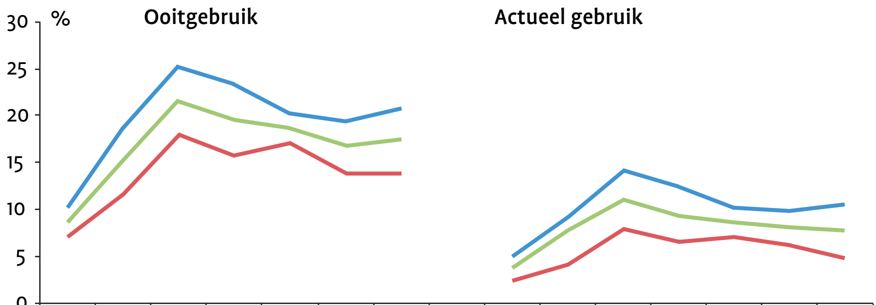
Scholieren van het regulier onderwijs

Het Trimbos-instituut peilt sinds het midden van de jaren tachtig in hoeverre leerlingen in groep zeven en acht van het basisonderwijs en op reguliere middelbare scholen ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. Dit gebeurt via het landelijke Peilstationsonderzoek scholieren. De laatste peiling werd in 2011 verricht (Verdurmen et al., 2012).

- Vrijwel geen enkele scholier in groep zeven en acht van het basisonderwijs heeft ervaring met cannabisgebruik. In 2011 lag het percentage ooitgebruikers op 0,3 procent. In 2007 was dat 0,2 procent.
- Figuur 3.2 laat zien dat het percentage gebruikers van cannabis onder leerlingen van het voortgezet onderwijs sterk toenam tussen 1988 en 1996. Tussen 1996 en 2007 daalde het percentage jongeren dat ooit cannabis had gebruikt geleidelijk van 22 naar 17 procent, en bleef op dit niveau in 2011.
- Het percentage actuele gebruikers daalde tussen 1996 en 2003, en bleef rond het zelfde niveau in 2007 en 2011. Onder meisjes was het actueel gebruik in 2011 iets lager dan in 2003, maar dit verschil was niet statistisch significant.
- In 2011 lag zowel het ooitgebruik als het actueel gebruik van cannabis hoger onder jongens dan meisjes. Het verschil tussen jongens en meisjes in cannabisgebruik is variabel over de verschillende meetmomenten.

[1] Inclusief een klein deel van gebruikers die cannabis meestal op andere wijze consumeerden, zoals (water)pijp of in eten (totaal <8%).

Figuur 3.2 Gebruik van cannabis onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988



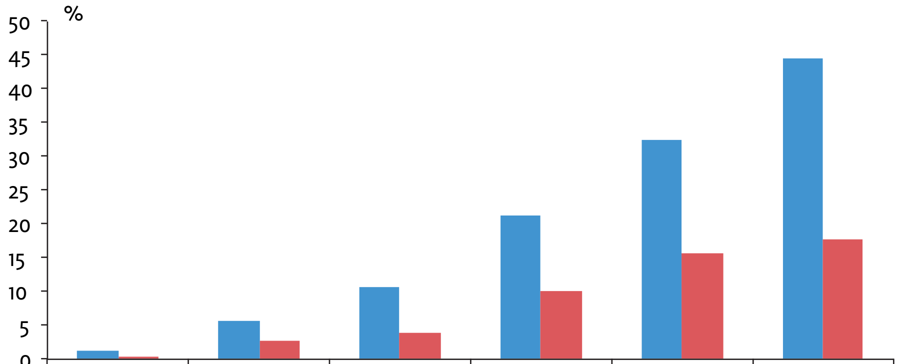
	1988	1992	1996	1999	2003	2007	2011		1988	1992	1996	1999	2003	2007	2011
Jongens	10,1	18,6	25,2	23,4	20,3	19,3	20,7		4,9	9,1	14,1	12,4	10,2	9,9	10,5
Meisjes	7,1	11,5	18	15,8	17,1	13,9	13,9		2,4	4,2	8	6,5	7	6,2	4,8
Totaal	8,6	15,2	21,6	19,5	18,7	16,7	17,4		3,7	7,8	11,1	9,3	8,6	8,1	7,7

Percentage gebruikers ooit in het leven (links) en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek, Trimbos-instituut.

Leeftijd

- Bij scholieren neemt het gebruik van cannabis toe met de leeftijd (figuur 3.3). Maar weinig leerlingen van twaalf hadden in 2011 ervaring met cannabis (1%). Op zestienjarige leeftijd had een op de drie wel eens cannabis gebruikt (33%).
- Het percentage scholieren dat op zeer jonge leeftijd (14 jaar) al ervaring heeft met cannabis daalde van 19 procent in 2003 naar 11 procent in 2011. Onder jongens daalde dit percentage tussen 2003 en 2007 van 21 naar 13 procent en het bleef op dit niveau in 2011. Onder 14-jarige meisjes daalde het ooitgebruik van cannabis tussen 2003 en 2011 geleidelijk van 16 naar 8 procent.
- Een vroege startleeftijd van cannabisgebruik wordt in verband gebracht met een verhoogd risico op het later ontwikkelen van psychische stoornissen, afhankelijkheid, het gebruik van harddrugs en mogelijk cognitieve stoornissen (CAM, 2008). Welke mechanismen hierbij een rol spelen (bijv. effecten van cannabis op het ontwikkelend brein, aanleg, en/of sociale processen) is niet precies bekend.

Figuur 3.3 **Gebruik van cannabis onder scholieren van het voortgezet onderwijs naar leeftijd. Peiljaar 2011**



	12 jr	13 jr	14 jr	15 jr	16 jr	17-18 jr
Ooit	1,2	5,8	10,6	21,3	32,5	44,6
Actueel	0,2	2,9	4,0	10,1	15,7	17,9

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand (actueel). Bron: Peilstationsonderzoek, Trimbos-instituut.

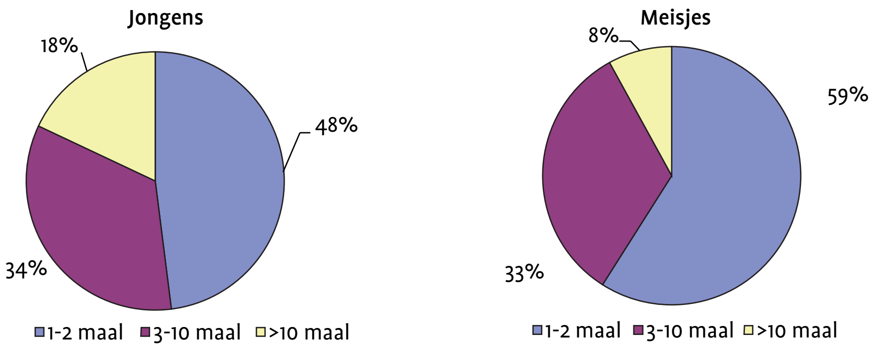
Blowen onder schooltijd

- Bijna een op de drie scholieren (31%) die in de afgelopen maand cannabis hadden gebruikt, blowde wel eens onder schooltijd (tussenuren of pauze) (Verdurmen et al., 2012). Dit is 3 procent van alle scholieren.
- Jongens en meisjes verschillen hierin weinig (respectievelijk 32% en 29% van de actuele gebruikers).
- Onderzoek onder Amsterdamse scholieren bevestigd dit beeld (Nabben et al., 2012). Van de oudere scholieren (gemiddeld 15 jaar) in de voorlaatste klassen van het voortgezet onderwijs, blowde 43 procent van de actuele cannabisgebruikers wel eens onder schooltijd. Onder derdeklassers (gemiddeld 14 jaar) is dat lager (19%): een op de vijf actuele cannabisgebruikers blowde wel eens onder schooltijd.

Mate van gebruik

- Van de acht procent actuele gebruikers onder de scholieren in 2011 had ruim de helft (51%) niet meer dan één á twee keer cannabis gebruikt in de afgelopen maand. Een minderheid blowde meer dan tien keer (15%), meer jongens (18%) dan meisjes (8%) (zie figuur 3.4).
- Per keer rookte de helft van de actuele gebruikers minder dan één joint (66% van de meisjes versus 42% van de jongens). Een op de drie (33%) rookt 1 tot 2 joints (geen verschil tussen jongens en meisjes). Van de actuele cannabisgebruikers rookt 17 procent drie of meer joints per keer: 21 procent van de jongens en 9 procent van de meisjes.

Figuur 3.4 Frequentie van cannabisgebruik onder actuele gebruikers. Peiljaar 2011



Percentage van de leerlingen die in maand voor de peiling cannabis hadden gebruikt. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

Schoolniveau en etnische afkomst

- De opleidingsniveaus verschillen weinig in de prevalentie van cannabisgebruik.
- In het algemeen is er geen sterke samenhang tussen etnische afkomst en het ooitgebruik van cannabis.[2] Wel hebben Marokkaanse leerlingen vergeleken met de andere groepen statistisch significant minder ervaring met het gebruik van cannabis (4%, versus 14% voor autochtoon Nederlandse, 22% voor Surinaamse en Antilliaanse en 8% voor Turkse leerlingen). Dit geldt ook voor het actuele gebruik (bijv. 1,4% onder Marokkaanse scholieren versus 7,3% onder autochtoon Nederlandse scholieren).

Opvattingen van ouders

In het Peilstationsonderzoek van 2011 zijn ook de opvattingen van ouders onderzocht (Verdurmen et al., 2012).

- Ruim acht op de tien (84%) ouders vinden af en toe cannabis gebruiken onder de zestien jaar (nogal of erg) schadelijk. Veruit de meeste ouders (99%) vinden dagelijks blowen onder de 16 jaar schadelijk.
- Ouders van kinderen die nog nooit geblowd hebben stellen vaker regels ten aanzien van het cannabisgebruik dan ouders van kinderen die in de afgelopen maand hebben geblowd (92% versus 76%). Ook stellen ouders die zelf nooit hebben geblowd vaker regels dan ouders zelf ooit hebben geblowd (94% versus 81%).
- Ouders onderschatten het gebruik van cannabis door hun kind. Als 12- tot en met 18-jarige scholieren wel eens cannabis hebben gebruikt, dan is slechts een op de vier ouders hiervan op de hoogte.
- Ruim drie kwart (78%) van de ouders van 13-jarigen denkt dat hun maatregelen om te voorkomen dat hun kind cannabis gaat gebruiken effectief zijn. Op 17-18 jarige leeftijd is dat nog maar 62 procent.

[2] Voor de definitie van autochtoon en allochtoon: zie bijlage A.

Cannabis en probleemgedrag

- Scholieren die cannabis gebruiken vertonen vaker agressief en delinquent gedrag en hebben vaker schoolproblemen (spijbelen, schoolmotivatie en/of lage prestatie) dan leeftijdgenoten die niet blowen. Dit verband is sterker naarmate de frequentie van gebruik toeneemt (Monshouwer et al., 2006; Verdurmen et al., 2005; Ter Bogt et al., 2009). Voor de gevonden verbanden kunnen verschillende verklaringen mogelijk zijn (zie volgende alinea en § 3.4).
- Blowers gebruiken ook vaker andere middelen dan niet-blowers (5 of meer glazen alcohol in de afgelopen maand; dagelijks roken; ooitgebruik harddrugs).
- Er zijn geen verschillen gevonden in psychische problemen, zoals teruggetrokken gedrag, angstklachten en depressie.

In een onderzoek in Midden-Nederland onder middelbare scholieren van 11 tot 16 jaar werd eveneens een verband gevonden tussen cannabisgebruik en verminderd psychosociaal functioneren (Van Gastel et al., 2012). De gegevens werden verzameld door de GGD Midden-Nederland in 2007.

- Onder de scholieren met ernstige psychosociale problemen had 18,1% in de afgelopen maand cannabis gebruikt tegenover slechts 4,7% van de andere scholieren.
- Het verband tussen cannabisgebruik en slechter psychosociaal functioneren werd echter medebepaald door andere factoren zoals roken, het gebruik van alcohol of harddrugs, spijbelen, slechte schoolprestaties en schoolverzuim door ziekte. Een direct causaal verband is daarom niet aannemelijk.
- Mogelijk gaan sommige scholieren door een verminderd psychosociaal functioneren cannabis gebruiken. Cannabisgebruik is niettemin een indicator voor verminderd functioneren.

Plaats van aankoop

In de peiling van 2011 is gevraagd waar jongeren hun cannabis verkrijgen (Verdurmen et al., 2012).

- Bijna vier op de tien (37%) actuele gebruikers gaf aan de cannabis van vrienden te krijgen zonder het zelf te hoeven kopen (tabel 3.3).
- Een vergelijkbaar percentage (39%) kocht de cannabis (ook) wel eens in een coffeeshop.
- Achttien procent kocht de cannabis wel eens bij een (huis)dealer. Tussen de zeven en dertien procent van de actuele gebruikers kocht de cannabis bij iemand anders thuis, op straat, in het park, en dergelijke, of rond school.
- Meer meisjes dan jongens verkregen cannabis via vrienden zonder het zelf te hoeven kopen; jongens kochten vaker in coffeeshops dan meisjes.
- Een aanzienlijk deel (38%) van de blowende scholieren tot en met 17 jaar zegt in 2011 de cannabis te hebben gekocht in een coffeeshop, meer jongens dan meisjes (42% versus 27%). Dit is opmerkelijk omdat de leeftijdsgrens voor toegang tot een coffeeshop 18 jaar is. Onbekend is in hoeverre deze jongeren zelf de cannabis hebben aangekocht in een coffeeshop of dit door anderen hebben laten doen.

- Het percentage dat wel eens cannabis aanschaft in een coffeeshop ligt het hoogst onder scholieren van 18 jaar en ouder. Bijna driekwart van de actuele gebruikers in deze groep (75%) maakt gebruik van een coffeeshop.
- De wijze waarop jongeren in 2011 aan hun cannabis komen verschilt niet veel van die in de peiling van 2007 (Monshouwer et al., 2008).

Tabel 3.3 Wijze van verkrijgen van cannabis door scholieren van 12 tot en met 18 jaar die de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, naar leeftijdsgroep en geslacht. Peiljaar 2011

Wijze van verkrijgen van cannabis[I]	12-17 jaar			18 jaar[I]	Totaal (12-18 jaar)		
	J	*M*	*J&M*	*J&M*	*J*	*M*	*J&M*
Ik koop het nooit	31%	52%	37%	25%	30%	52%	37%
Coffeeshop	42%	27%	38%	75%	45%	27%	39%
Bij een dealer thuis	22%	12%	19%	6%	21%	12%	18%
Bij iemand anders thuis	14%	8%	12%	0%	14%	7%	12%
Op straat, park etc.	16%	7%	13%	7%	15%	7%	13%
Op of rond school	8%	6%	8%	0%	8%	6%	7%
In een café	2%	1%	2%	4%	2%	1%	2%
In een discotheek	2%	<1%	2%	4%	3%	<1%	2%
In een thee- of koffiehuis	2%	1%	2%	0%	2%	1%	2%
In een buurthuis/ jongerencentrum	2%	2%	2%	0%	2%	2%	2%
Anders	2%	<1%	2%	0%	2%	<1%	2%

Leerlingen van 12 tot en met 18 jaar van middelbare scholen (actuele gebruikers). Leerlingen konden meer antwoorden aankruisen. De percentages tellen daarom niet op tot 100%. I. Aantal respondenten te klein voor uitsplitsing naar geslacht. J = jongens, M = meisjes. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

Speciale groepen jongeren

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen is het gebruik van cannabis eerder regel dan uitzondering. Tabel 3.4 vat de resultaten samen van uiteenlopende onderzoeken, zowel lokale als landelijke studies vanaf 2007. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen vaak laag, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. Trendgegevens zijn alleen beschikbaar voor Amsterdam.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

- De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen in het Amsterdamse uitgaansleven, zoals coffeeshops, cafés en trendy clubs.

- In 2009 hadden ruim negen op de tien coffeeshopbezoekers in de afgelopen maand geblowd (Nabben et al., 2010). Van deze groep gebruikte driekwart (76%) dagelijks of bijna dagelijks cannabis. Gemiddeld rookten ze bijna vier joints per dag (mediaan 3 per dag). Mannen en werkloze en niet-studerende coffeeshopbezoekers blowden gemiddeld het meest. Personen die vaak en langdurig coffeeshops bezochten hadden een grotere kans om voor het onderzoek te worden benaderd. Dit heeft vermoedelijk geleid tot een oververtegenwoordiging van frequente blowers.
- Het percentage cafébezoekers in Amsterdam dat de afgelopen maand nog cannabis had gebruikt was in 2005 (22%) vrijwel gelijk aan het percentage in 2010 (23%) (Benschop et al., 2011).
- In 2011 signaleerden sleutelfiguren dat blowen in het Amsterdamse uitgaansleven op zijn retour is (Nabben et al., 2012). Vooral het regelmatig blowen lijkt minder voor te komen. Het imago neemt af ("suf", "wazig", "alternatief", "kinderachtig").

• In 2011 bleek bijna tweederde van de coffeeshopbezoekers in Utrecht (65%) dagelijks of bijna dagelijks cannabis te gebruiken (Wouters en Korf, 2011). De rest gebruikte één of een paar keer per week (25%) of minder vaak (9%). Op een dag dat de coffeeshopbezoekers cannabis gebruikten, rookten ze gemiddeld 3,4 joints (mediaan 2,5). Net als in Amsterdam, zullen ook in het onderzoek in Utrecht de frequente gebruikers oververtegenwoordigd zijn.

• In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde grootschalige party's (Van der Poel et al., 2010).
  - Drie op de tien bezoekers van grootschalige party's was een actuele cannabisgebruiker.
  - Zeventien procent van de bezoekers had op de uitgaansavond zelf geblowd. Dit varieerde tussen de party's van 6 tot 30 procent. Gemiddeld rookten de bezoekers 2,4 joints.

• In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen en Drenthe), Oost (Gelderland en Overijssel), Midden (Utrecht en Flevoland), West (Noord- en Zuid-Holland) en Zuid (Noord- Brabant, Zeeland en Limburg).
  - De hoogste percentages actuele blowers werden gevonden in de regio's West (28%), Zuid (24%) en Midden (24%) en de laagste in de regio's Noord (17%) en Oost (18%).
  - Landelijk gezien was naar schatting een kwart (24%) van de clubbezoekers een actuele cannabisgebruiker.
  - Tien procent van de clubbezoekers had op de avond zelf geblowd. Zij namen gemiddeld 1,8 joint.

Probleemgroepen
Onder hangjongeren, jongeren in justitiële jeugdinrichtingen en in de jeugdzorg, zwerfjongeren en spijbelaars zijn er relatief veel actuele cannabisgebruikers (drie tot zes op de tien).

- Het percentage actuele blowers onder jongeren in de residentiële jeugdzorg varieerde in 2008 van 18 procent bij de 12- en 13-jarigen tot 36 procent bij de 14- en 15-jarigen en 37 procent bij de 16-jarigen (Kepper et al., 2009a). Gemiddeld was een op de drie jongeren een actuele cannabisgebruiker (34%). Bij de meisjes lag dit percentage hoger (36%) dan bij de jongens (33%).
- In de jeugdzorg in Amsterdam daalde het percentage actuele blowers van 45 procent in 2006 naar 29 procent in 2012 (Benschop et al., 2013). Het percentage riskante blowers bleef echter vrijwel onveranderd (22% in 2006 en 17% in 2012). Riskant blowen was hier gedefinieerd als dagelijks blowen of een paar dagen per week minstens twee joints roken.
- Jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen hebben in de maand voorafgaand aan hun verblijf in de inrichting relatief nog vaker cannabis gebruikt (65%) (Kepper et al., 2009b). Verschillen in actueel cannabisgebruik tussen deze jongens en hun leeftijdgenoten (jongens) in het reguliere voortgezet onderwijs zijn groot: 54 versus 5 procent onder de 13-14-jarigen, 62 versus 14 procent onder de 15-16-jarigen en 70 versus 29 procent onder de 17-18-jarigen. Twee derde (64%) van de jongens gaf aan (ook) cannabis te hebben gebruikt tijdens hun verblijf in de justitiële jeugdinrichting.
- Uit een onderzoek onder daklozen in de vier grote steden blijkt dat er vijf soorten daklozen zijn (Van der Laan et al., 2013). Een kenmerkende groep van daklozen wordt gevormd door de "jonge mannelijke cannabisgebruikers". Zij zijn gemiddeld 23 jaar oud en 66% van hen gebruikt regelmatig cannabis.

Tabel 3.4 Actueel gebruik van cannabis in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Actueel gebruik
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen				
- Cafébezoekers[I]	Amsterdam[II]	2010	Gemiddeld 27	23%
- Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gemiddeld 25	39%
- Bezoekers van coffeeshops	Amsterdam	2009	Gemiddeld 28	94%
	Utrecht	2011	Gemiddeld 31	98%[VI]
- Bezoekers van party's en festivals	Landelijk[III]	2008/2009	Gemiddeld 24	30%
- Bezoekers van clubs en discotheken	Landelijk[III]	2008/2009	Gemiddeld 22	24%
- Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Den Haag	2008/2009	Gemiddeld 21	12%
Probleemgroepen				
- Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	Gemiddeld 15	34%
- Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2006	Gemiddeld 16,5	45%
		2012	Gemiddeld 16,3	29%
- Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[IV]	Landelijk	2009	Gemiddeld 16	65%
- Kwetsbare jongeren[V]	Rotterdam	2009	14 - 17	29%

Percentage actuele gebruikers (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek I. Jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (26% in 2005 en 28% in 2010). III. Geringe respons (19%). IV. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's. V. Niet-schoolgaande jongeren (zwerfjongeren, frequente spijbelaars, vroegtijdige schoolverlaters) die zijn geworven via verschillende (maatschappelijke en hulpverlenings) instanties, politie en schoolopvangvoorzieningen. VI. Gebruikt eens per maand of vaker.

Bronnen: Antenne 2010, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2011); Tendens 2008, IrisZorg (De Jong et al., 2008); Antenne 2008, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2009); Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2010); in opdracht van de GG&GD Utrecht, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Wouters en Korf, 2011); Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/UvA (Van der Poel et al., 2010); Haags Uitgaansonderzoek, Gemeente Den Haag/ Parnassia/Politie Haaglanden (Dekkers et al., 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a); Intraval (Bieleman et al., 2010b); Antenne 2012, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2013).

3.4 Problematisch gebruik

Hoeveel mensen vanwege het gebruik van cannabis in de problemen komen is niet bekend. Probleemgebruik omvat een diagnose van cannabisafhankelijkheid zoals vastgesteld volgens het internationaal psychiatrisch classificatiesysteem DSM. Cannabis is een minder verslavende stof dan heroïne, cocaïne en nicotine (Van Amsterdam et al., 2010). Het risico van afhankelijkheid neemt echter toe bij langdurig frequent gebruik en gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen. Jongeren zijn waarschijnlijk kwetsbaarder dan ouderen (CAM, 2008).

- Volgens gegevens van het NEMESIS-2-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,1 en 0,5 procent van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar aan de diagnose cannabisafhankelijkheid (DSM 4e gewijzigde editie). Naar schatting 0,2 tot 0,6 procent van de respondenten voldeed aan een diagnose cannabismisbruik.
- Van degenen die in het jaar voorafgaand aan het interview cannabis hadden gebruikt (6,5% van alle respondenten) voldeed een op de negen aan de criteria voor een cannabisstoornis.
- Cannabisstoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (zie tabel 3.5).
- Omgerekend naar de bevolking ging het om naar schatting 29 300 mensen met cannabisafhankelijkheid en 40 200 mensen met cannabismisbruik. In dit bevolkingsonderzoek ontbraken jongeren onder 18 jaar, mensen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn en mensen die dakloos zijn of langere tijd in een instelling verblijven. In hoeverre dit de gegevens heeft beïnvloed is niet bekend.
- Bovengenoemde eerste meting van het NEMESIS-2-onderzoek werd uitgevoerd van november 2007 tot en met juli 2009. Drie jaar later, van november 2010 tot en met juni 2012, werd een tweede meting uitgevoerd (De Graaf et al., 2012). Op deze manier kon worden onderzocht hoeveel mensen die nog nooit een cannabisprobleem hadden gehad, binnen de periode van een jaar alsnog een cannabisprobleem kregen. Binnen de periode van een jaar kreeg 0,12 procent voor het eerst last van cannabismisbruik en kreeg nog eens 0,09 procent voor het eerst last van cannabisafhankelijkheid.

Tabel 3.5 Jaarprevalentie en aantallen mensen met een cannabisstoornis, naar geslacht. Tussen haakjes: 95% betrouwbaarheidsintervallen. Peiljaar 2007-2009

Stoornis	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)	Totaal (Aantal)
Cannabismisbruik	0,6 (0,2 – 1,0)	0,2 (<0,1 – 0,4)	0,4 (0,2 – 0,6)	40 200
Cannabisafhankelijkheid	0,4 (0,1 - 0,8)	0,1 (<0,1 - 0,3)	0,3 (0,1 - 0,5)	29 300

Bron: Nemesis 2007-2009 (De Graaf et al., 2010).

- Zoals genoemd in § 3.3 hangt (frequent) cannabisgebruik onder jongeren samen met probleemgedrag, zoals agressief en crimineel gedrag, gebruik van andere drugs en schoolproblemen. Dat wil niet zeggen dat cannabisgebruik de oorzaak is van deze problemen. Vaak gaan gedragsproblemen vooraf aan het cannabisgebruik, of zijn beide onderdeel van een breder patroon van afwijkend gedrag. Een andere mogelijkheid is een overlap van risicofactoren, die zowel cannabisgebruik als probleemgedrag veroorzaken (CAM, 2008).
- Cannabisafhankelijkheid gaat vaak samen met andere psychische stoornissen (Van Laar et al., 2007; Van der Pol et al., 2013). Onderzoek laat zien dat frequente cannabisgebruikers van 18-30 jaar die op minstens 3 dagen per week blowden vaker dan hun leeftijdgenoten uit de algemene bevolking die niet (frequent) blowen een gedragsstoornis en ADHD hebben. Degenen die ook voldeden aan een diagnose cannabisafhankelijkheid hadden bovendien vaker te kampen met angststoornissen en depressie. Ook hier kan niet per definitie worden gesteld dat cannabisgebruik de oorzaak is van deze bijkomende psychische problemen.
- De tot voor enkele jaren sterke toename in de hulpvraag van cannabisgebruikers bij de verslavingszorg (§ 3.6) zou kunnen wijzen op een toename in het aantal probleemgebruikers van cannabis, wellicht als gevolg van een hoger THC-gehalte, maar andere verklaringen zijn ook mogelijk, zoals een verbeterd hulpaanbod, sneller doorverwijzen door de eerste lijn en jeugdzorg en groeiende bewustwording van de risico's van cannabis, waardoor sneller hulp wordt gezocht.

3.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Gegevens over het drugsgebruik in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en de kandidaat-lidstaten worden verzameld door het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA (2012, 2013). In de Verenigde Staten, Canada en Australië worden de gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking verzameld door achtereenvolgens de Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA (2012), de Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey, CADUMS (2012) en het Australian Institute of Health and Welfare, AIHW (2011).

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 3.6a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 3.6b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen in tabel 3.6a en 3.6b. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in Bijlage C vermeld.
- Tussen de 9 en 42 procent van de mensen in de algemene westerse bevolking heeft ooit in het leven cannabis gebruikt (tabellen 3.6a en 3.6b). De laagste percentages werden gevonden in Griekenland en Portugal. In Canada en de Verenigde Staten

hebben ongeveer vier van de tien mensen ooit cannabis geprobeerd. Van de lidstaten van de EU en Noorwegen gaat Frankrijk aan kop met 32 procent.

- In het afgelopen jaar heeft naar schatting 7 procent van alle inwoners van de lidstaten van de EU, ofwel 23 miljoen mensen cannabis gebruikt. Nederland valt met 7 procent op dit Europees gemiddelde.
- Het percentage recente gebruikers loopt echter sterk uiteen. Van de EU-27 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, is het percentage recente gebruikers het laagst in Roemenië en Malta (<1%). Spanje gaat aan kop met 10 procent.
- De hoogste percentages actuele gebruikers van cannabis zijn gevonden in Spanje (7%) en de Verenigde Staten (7%). De laagste percentages zijn gevonden in Finland (1%), Griekenland (1%), Zweden (1%), Bulgarije (1%), Estland (1%), Hongarije (1%), Litouwen (1%), Malta (0,5%) en Roemenië (0,1%). Nederland ligt met 4 procent op het Europees gemiddelde.

Tabel 3.6a Consumptie van cannabis onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten en Noorwegen: leeftijdsgroep 15 tot en met 64 jaar

Land	Jaar	Ooitgebruik	Recent gebruik	Actueel gebruik
Frankrijk	2010	32%	8%	5%
Spanje	2011	27%	10%	7%
Nederland	2009	26%	7%	4%
Ierland	2010/2011	25%	6%	3%
Finland	2010	18%	5%	1%
Noorwegen	2009	15%	4%	2%
België	2008	14%	5%	3%
Oostenrijk	2008	14%	4%	2%
Portugal	2007	12%	4%	2%
Griekenland	2004	9%	2%	1%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.
Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). Bron: EMCDDA.

Tabel 3.6b Consumptie van cannabis onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen[I]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik	Recent gebruik	Actueel gebruik
Verenigde Staten	2010	12 en ouder	42%	12%	7%
	2011	15 en ouder	-	12%	7%
Canada	2011	14 en ouder	39%	9%	-
Australië	2010	16-64	35%	10%	-
Denemarken	2010	16-59	33%	5%	2%
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2010/2011	18-64	31%	7%	4%
Duitsland	2009	18-64	26%	5%	2%
Italië	2012	16-64	22%	4%	2%
Zweden	2010	12%	14%	3%	1%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.
Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. - = niet gemeten. Bronnen: EMCDDA, SAMHSA, CADUMS, AIHW.

Trends

De trends in het cannabisgebruik in de algemene bevolking zijn beperkt vast te stellen vanwege het ontbreken van herhaalde en vergelijkbare metingen in en tussen de landen.

- Voor zestien landen van de EU en Noorwegen zijn trendgegevens beschikbaar over het cannabisgebruik in de bevolking tussen 15 en 34 jaar. In vijf landen (Bulgarije, Griekenland, Hongarije, Zweden en Noorwegen) is het recente gebruik in de afgelopen jaren stabiel laag gebleven (<10%). Zes landen (Denemarken, Duitsland, Estland, Ierland, Slowakije en Finland) rapporteerden hogere percentages cannabisgebruikers, maar die lagen in hun laatste onderzoek niet hoger dan 15 procent. Drie landen (Denemarken, Duitsland en Ierland) rapporteerden stijgingen van het cannabisgebruik in de jaren negentig van de vorige eeuw en aan het begin van deze eeuw. Deze stijgingen werden echter gevolgd door een stabilisatie of een afnemende trend (EMCDDA, 2012).
- In de Verenigde Staten steeg het percentage actuele gebruikers van cannabis in de algemene bevolking van twaalf jaar en ouder. Tussen 2007 en 2011 steeg dit percentage van zes naar zeven procent (SAMHSA, 2012).
- In Australië steeg het recent gebruik van cannabis in de algemene bevolking van 14 jaar en ouder. Dit percentage steeg van 9 procent in 2007 naar 10 procent in 2010 (AIHW, 2011).
- In Canada daalde het percentage recente cannabisgebruikers in de bevolking van 15 jaar en ouder van 11 procent in 2010 naar 9 procent in 2011 (CADUMS, 2012).

Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de cijfers van ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. In 1999, 2003, 2007 en 2011 werden peilingen uitgevoerd onder vijftien- en zestienjarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2000, 2004, 2009, 2012). Tabel 3.7 toont het gebruik van cannabis in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden wel vergelijkbaar onderzoek uit.

- Het percentage scholieren dat in 2011 ooit cannabis had gebruikt was het hoogst in Frankrijk, gevolgd door de Verenigde Staten. Nederlandse scholieren staan op de derde positie.
- Bij het actueel gebruik ging Frankrijk eveneens aan kop, ook nu gevolgd door de Verenigde Staten. Nederlandse scholieren staan in het actueel gebruik op de vierde positie van de in tabel 3.7 genoemde landen.
- Het percentage leerlingen dat zes maal of meer cannabis had gebruikt in de laatste maand was het laagst in Griekenland en de Scandinavische landen Noorwegen, Zweden en Finland en was het hoogst in Frankrijk en de Verenigde Staten, gevolgd door Italië, Nederland en Spanje.
- Het percentage actuele cannabisgebruikers lag in Nederland twee keer hoger dan het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen (14% versus 7%). Nederland stond in de rangorde van alle landen op de vijfde plaats.

Tabel 3.7 Consumptie van cannabis onder scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011

	Ooitgebruik				Actueel gebruik				Zes maal of meer in de laatste maand			
Land	*1999*	*2003*	*2007*	*2011*	*1999*	*2003*	*2007*	*2011*	*1999*	*2003*	*2007*	*2011*
Frankrijk	35%	38%	31%	39%	22%	22%	15%	24%	9%	9%	6%	9%
Verenigde Staten[I]	41%	36%	31%	35%	19%	17%	14%	18%	9%	8%	6%	8%
Nederland	28%	28%	28%	27%	14%	13%	15%	14%	5%	6%	6%	5%
Spanje[II]	-	36%	36%	26%	-	22%	20%	15%	-	-	8%	4%
België[III]	-	32%	24%	24%	-	17%	12%	11%	-	7%	4%	3%
Italië	25%	27%	23%	21%	14%	15%	13%	12%	4%	6%	6%	6%
Duitsland[IV]	-	27%	20%	19%	-	12%	7%	7%	-	4%	2%	2%
Ierland	32%	39%	20%	18%	15%	17%	9%	7%	5%	6%	4%	3%
Denemarken[II]	24%	23%	25%	18%	8%	8%	10%	6%	1%	2%	2%	1%
Portugal	8%	15%	13%	16%	5%	8%	6%	9%	2%	3%	2%	3%
Finland	10%	11%	8%	11%	2%	3%	2%	3%	1%	0%	0%	0%
Zweden	8%	7%	7%	9%	2%	1%	2%	3%	0%	0%	0%	0%
Griekenland	9%	6%	6%	8%	4%	2%	3%	4%	2%	1%	1%	0%
Noorwegen	12%	9%	6%	5%	4%	3%	2%	2%	1%	1%	1%	0%
Zwitserland	-	40%	33%	-	-	20%	15%	-	-	10%	6%	-
Verenigd Koninkrijk[V]	35%	38%	29%	-	16%	20%	11%	-	6%	8%	4%	-
Oostenrijk	-	21%	17%	-	-	10%	6%	-	-	3%	2%	-

Percentage gebruikers ooit in het leven, actueel (laatste maand) en zes maal of meer in de laatste maand. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. III. België in 2007 en 2011 alleen voor Vlaanderen. IV. Duitsland in 2007 voor zes en in 2011 voor vijf van de zestien deelstaten. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). - = niet gemeten. Bron: ESPAD.

3.6 Hulpvraag en incidenten

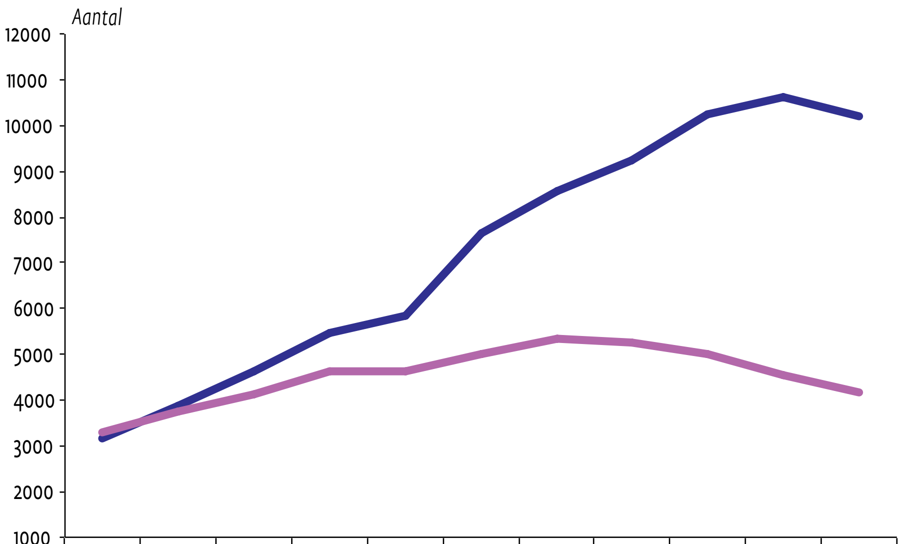
Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. Verslaafden kunnen herstellen met hulp van de verslavingszorg, maar spontaan herstel komt ook voor. In Nederland zijn verschillende gespecialiseerde instellingen actief binnen de verslavingszorg. Deze instellingen sturen anonieme gegevens over de hulpverlening naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink et al., 2012, 2013).

(Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) In vorige jaren bevatte het LADIS ook gegevens van de verslavingsreclassering. Vanwege technische problemen zijn in dit NDM Jaarbericht de reclasseringsgegevens niet meer meegenomen. De LADIS-cijfers in dit Jaarbericht, van 2002 tot en met 2012, vallen daardoor lager uit dan de LADIS-cijfers in voorafgaande Jaarberichten.

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair cannabisprobleem is tussen 2002 en 2012 drie keer zo groot geworden (figuur 3.5). Tussen 2010 en 2011 was er nog een toename van 4 procent, maar tussen 2011 en 2012 vond er weer een daling plaats met 4 procent. Deze recente daling in de hulpvraag voor cannabis kan een daling in problematisch gebruik reflecteren, maar kan ook samenhangen met de (tijdelijke) invoering van een eigen bijdrage voor verslavingszorg, bezuinigingen, of een toename van anonieme e-health interventies, behandelingen in de eerste lijn of in de particuliere verslavingszorg.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cliënten van 24 in 2002 naar 74 in 2012.
- Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam eveneens toe, van 12 procent in 2002 naar 32 procent in 2012.
- In 2012 was 34 procent van de primaire cannabiscliënten een nieuwkomer. Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2012 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Voor ruim zes van de tien primaire cannabiscliënten (65%) was cannabis het enige probleem. De rest (35%) rapporteerde ook problemen met een ander middel. Voor deze groep was het andere middel alcohol (43%), hallucinogenen (18%), cocaïne of crack (16%), amfetaminen of een ander stimulerend middel (9%), gokken (3%), ecstasy (3%), of medicijnen (2%).
- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat cannabis als secundair probleem noemt steeg tussen 2002 en 2008, maar daalde weer tussen 2008 en 2012 (figuur 3.5). Voor deze groep was in 2012 het primaire probleem alcohol (54%), cocaïne of crack (22%), heroïne (10%), amfetamine (6%), of gokken (2%).

Figuur 3.5 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[I]) met primaire of secundaire cannabisproblematiek, vanaf 2002



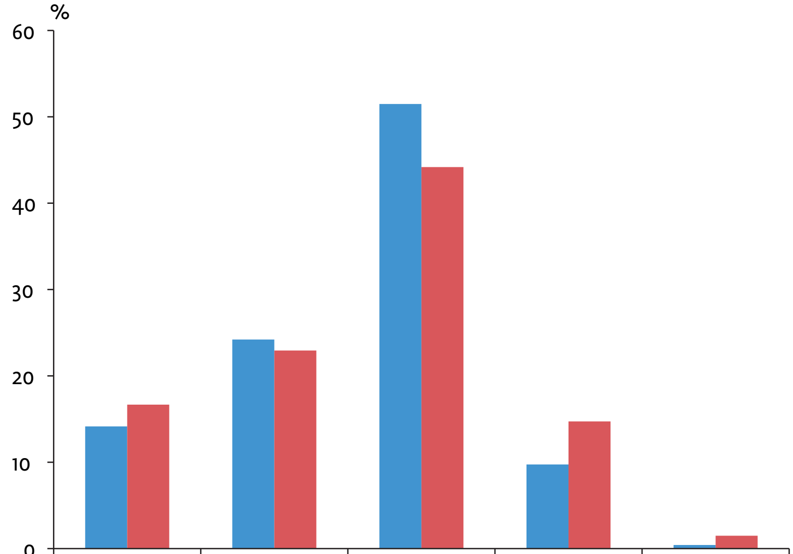
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Primair	3151	3870	4628	5445	5839	7633	8579	9218	10233	10637	10207
Secundair	3293	3767	4142	4625	4638	4985	5351	5255	4990	4531	4176

Aantal cliënten. I. De cijfers in dit figuur zijn lager dan in eerdere NDM Jaarberichten, doordat in dit Jaarbericht de gegevens van de verslavingsreclassering niet zijn meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

Leeftijd en geslacht

- In 2012 was het merendeel van de primaire cannabiscliënten man (79%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode van 2002 tot en met 2012 tussen 18 en 22 procent.
- In 2012 waren zes van de tien cannabiscliënten 25 jaar of ouder (60%). De gemiddelde leeftijd was 29 jaar vergeleken met 28 jaar in 2002. De piek ligt in de leeftijdsgroep van 25 tot en met 39 jaar (figuur 3.6).
- In absolute zin werd het aantal jonge cannabiscliënten van 15 tot en met 19 jaar tussen 2002 en 2012 vier keer zo groot. Hun aandeel nam tussen 2006 en 2010 toe van 15 naar 19 procent maar daalde in de jaren er na weer iets naar 17 procent in 2012.

Figuur 3.6 Leeftijdsverdeling van de primaire cannabiscliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[I]), in 2002 en 2012



	15-19	20-24	25-39	40-54	55+
2002	14	24	51	10	0
2012	17	23	44	15	1

Percentage cliënten per leeftijdsgroep. I. De cijfers in dit figuur zijn anders dan in eerdere NDM Jaarberichten, doordat in dit Jaarbericht de gegevens van de verslavingsreclassering niet zijn meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

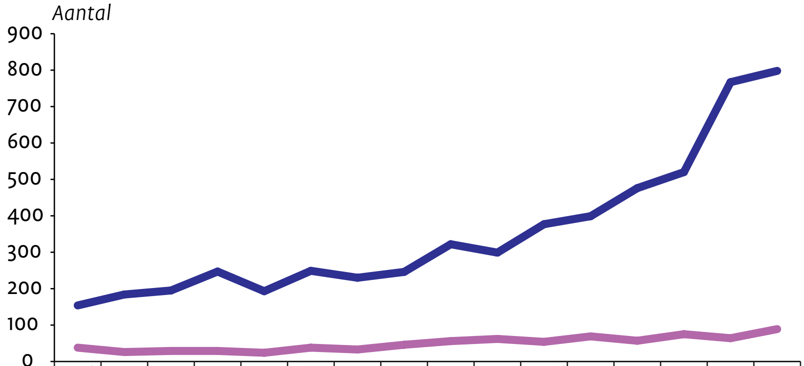
Algemene ziekenhuizen

De algemene ziekenhuizen sturen gegevens over hun opnames anoniem naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). De LMR registreerde in 2011 twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen (DHD, 2013). Drugsproblemen spelen nauwelijks een rol. In 2011 werden drugsmisbruik en drugsverslaving 706 maal als hoofddiagnose en 2 973 maal als nevendiagnose gesteld.

- Van de hoofddiagnoses voor drugs ging het in 2011 in 13 procent procent van de gevallen om cannabis (figuur 3.7). Misbruik van cannabis speelde bij deze hoofddiagnoses vaker een rol dan afhankelijkheid van cannabis (75% versus 25%). Onbekend is wat de klachten waren (psychisch of lichamelijk) die tot opname hebben geleid. Het aantal hoofddiagnoses gerelateerd aan cannabismisbruik of -afhankelijkheid is al jaren gering, al lijkt zich tussen 2000 en 2011 een stijging af te tekenen.
- Vaker speelt cannabisproblematiek een rol als nevendiagnose. In 2011 ging het om 798 nevendiagnoses. In de afgelopen jaren deed zich een stijging voor. Tussen 2009 en 2010 steeg het aantal nevendiagnoses voor cannabis met 48 procent en tussen 2010 en 2011 steeg dit aantal nog eens met 4 procent.

- In 2011 waren de meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses:
  - psychosen (16%);
  - letsel door ongevallen (16%, zoals breuken, wonden, hersenschudding);
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (12%, vooral alcohol: 9%);
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (8%);
  - spijsverteringsstoornissen (7%);
  - ziekten van hart- en vaatstelsel (5%);
  - vergiftigingen (5%, door drugs, alcohol, medicijnen).
- Van de cannabispatiënten (hoofd- en nevendiagnoses samengenomen) was 73 procent man. Hun gemiddelde leeftijd was 33 jaar. Het percentage cannabispatiënten was met 20 procent het hoogst in de leeftijdsgroep van 20 tot en met 24 jaar (figuur 3.8).
- In 2011 speelde cannabisproblematiek ook een rol als hoofd- of nevendiagnose bij 72 dagbehandelingen.
- Daarnaast telde de LMR 89 opnames in 2011 waarin "onopzettelijke vergiftiging met hallucinogenen" als nevendiagnose werd gesteld (ICD-9 code: E854.1). Het kan hierbij gaan om cannabis, maar ook om LSD of paddo's.

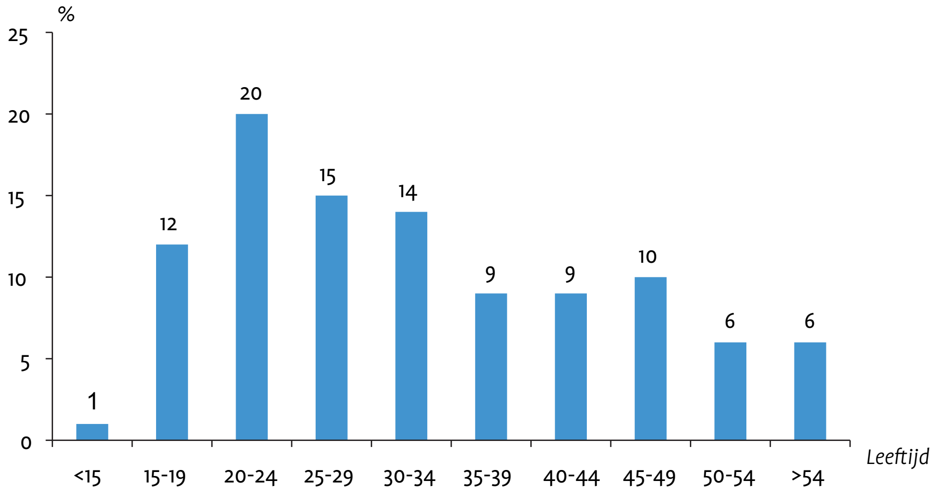
Figuur 3.7 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan cannabismisbruik en -afhankelijkheid, vanaf 1996



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cannabis als nevendiagnose	154	184	195	247	193	249	230	246	322	299	377	399	476	520	767	798
Cannabis als hoofddiagnose	38	26	29	29	24	38	33	46	56	62	54	69	57	75	64	89

Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 304.3, 305.2 (bijlage B). Bron: LMR, DHD.

Figuur 3.8 Leeftijdsverdeling van cannabispatiënten (hoofd- en nevendiagnoses samengenomen) in algemene ziekenhuizen. Peiljaar 2011



Percentage patiënten per leeftijdsgroep. Bron: LMR, DHD.

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut. De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) van de GGD Amsterdam registreert al sinds langere tijd het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp wegens drugsgebruik in Amsterdam en omgeving, maar data voor 2012 ontbreken. Voor de gegevens van de CPA in voorgaande jaren wordt verwezen naar het NDM Jaarbericht 2011.

Sinds 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Vogels en Croes, 2013). In 2012 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege het ontbreken van de registratiecijfers uit 2012 van de CPA in Amsterdam zijn de cijfers van deze dienst over alle jaren buiten deze rapportage gehouden, om een vergelijking over jaren mogelijk te maken. De CPA Amsterdam levert de ambulance cijfers uit Amsterdam en de regio Purmerend.

- In 2012 werden in totaal 2 961 drugsincidenten gemeld. Bij 517 meldingen was cannabis betrokken; hiervan was in 407 gevallen cannabis als enige drug gemeld (met of zonder alcohol).

- In tabel 3.8 worden de cannabisincidenten samengevat over de periode 2009-2012. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst. In deze periode werden in totaal 8 661 unieke drugsincidenten gemeld (exclusief de incidenten van de ambulances Amsterdam en Purmerend), waarvan 1 491 incidenten met cannabis als enige drug. Ongeveer de helft van de in de monitor gemelde incidenten met cannabis als enige drug is afkomstig uit Amsterdam.
  - In Amsterdam is het aandeel van incidenten met cannabis als enige drug afgenomen van 55 procent in 2009 tot 34 procent in 2012. Ook in de andere regio's daalde het aandeel incidenten na cannabisgebruik.
  - Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. De intoxicaties onder invloed van cannabis als enige drug zijn overwegend van lichte aard. Er lijkt een toename van meer matige en ernstige intoxicaties.
  - Opvallend is het aandeel toeristen met een incident onder invloed van cannabis (of spacecake). Van 80 procent van de patiënten met een incident na cannabisgebruik was bekend of zij toerist waren en in bijna de helft (47%) van deze gevallen bleek de patiënt een buitenlandse toerist.
- Bij de incidenten met cannabis kwam combinatiegebruik met een andere drug minder vaak voor dan bij incidenten met andere middelen.
  - Van alle incidenten waarbij cannabis betrokken is, is in een derde van de gevallen alleen cannabis genomen.
  - Bijna de helft heeft ook alcohol gebruikt, in acht procent van de gevallen is naast cannabis nog een andere drug gebruikt en in twaalf procent van de gevallen is er naast cannabis zowel alcohol als een andere drug gebruikt.

Tabel 3.8 Incidenten met cannabis als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2012

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal)	257 (15%)	730 (43%)	207 (20%)	297 (7%)
Man	70%	72%	85%	64%
Leeftijd (mediaan)	23	26	26	23
Mate van intoxicatie*				
- Licht[I]	54%	66%	40%	91%
- Matig[II]	40%	24%	46%	8%
- Ernstig[III]	7%	10%	14%	1%

** Percentages berekend op de bekende aantallen (valide percentages). De registraties van de CPA Amsterdam (ambulancedata) zijn in deze tabel niet opgenomen. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Vogels en Croes, 2013).*

3.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

Cannabisgebruik wordt in verband gebracht met psychische problemen.

- Er is toenemend bewijs dat cannabisgebruik het risico van een latere psychotische stoornis vergroot (Niesink en Van Laar, 2012).
- Het risico neemt toe met de frequentie van het cannabisgebruik en is vermoedelijk groter naarmate er op jongere leeftijd wordt gestart met gebruik.
- Personen met een voorgeschiedenis van psychotische symptomen lopen een groter risico op het krijgen van een psychose na cannabisgebruik dan mensen zonder deze voorgeschiedenis.
- Mogelijk spelen genetische factoren hierbij een rol (Caspi et al., 2005; Estrada et al., 2011).
- Van alle nieuwe jaarlijkse gevallen van psychotische stoornissen is tussen 6 en 10 procent toe te schrijven aan cannabisgebruik.
- Cannabisgebruik is ook in verband gebracht met het ontstaan van andere psychische problemen, zoals angststoornissen en depressie, maar de resultaten uit onderzoek geven een minder consistent beeld (Moore et al., 2007; Niesink en Van Laar, 2012; zie ook § 3.4).
- Of door frequent gebruik van cannabis ook het IQ kan dalen, is nog steeds wetenschappelijk omstreden (Meier et al., 2012; Rogeberg, 2013).
- Gebruikers kunnen afhankelijk worden van cannabis, vooral bij frequent gebruik en een vroege startleeftijd. Vaak zijn ook andere persoons- en omgevingsfactoren in het spel.
- In nederwiet zit in tegenstelling tot geïmporteerde hasj vrijwel geen cannabidiol (CBD). Deze stof gaat sommige ongewenste psychische effecten van THC, zoals psychotische symptomen en angst, tegen (Englund et al., 2013). Dat betekent mogelijk dat gebruik van hasj minder schadelijk is dan gebruik van nederwiet, maar nader onderzoek zal dit moeten uitwijzen (zie ook § 3.8).

Chronisch en zwaar gebruik van cannabis is ook geassocieerd met andere gezondheidsrisico's.

- Zwaar chronisch cannabisgebruik verhoogt waarschijnlijk het risico op luchtwegklachten en longkanker. Dit komt omdat in cannabisrook schadelijke ontledings- en verbrandingsproducten voorkomen. Bovendien leidt de wijze van roken van een joint (diep inhaleren, lang vasthouden) tot een grotere opname van deze stoffen in de luchtwegen dan bij het roken van een sigaret.
  - Een verhoogde infectiekans lijkt echter alleen aan de orde te zijn bij blowers met een al slecht functionerend immuunsysteem.
  - In Nederland wordt cannabis doorgaans vermengd met tabak gebruikt. Tabaksrook veroorzaakt dezelfde klachten van de luchtwegen.
  - Aangezien de meeste cannabisrokers hun gebruik na verloop van tijd echter staken en daardoor de hoeveelheid schadelijke stof die zij binnen krijgen beperken, verge-

leken met het vaak langdurige tabaksgebruik, zal naar verwachting de bijdrage van het roken van cannabis op de incidentie van kanker beperkt blijven.

- Tot nu toe is niet aangetoond dat cannabisgebruik tijdens de zwangerschap ernstige aangeboren afwijkingen veroorzaakt. Voor zover er afwijkingen gevonden zijn gaat het om subtiele effecten op de cognitieve ontwikkeling van het kind op latere leeftijd.
- Epidemiologische studies hebben tot nu toe geen aanwijzing gegeven voor een blijvend verhoogd risico van cannabisgebruik op hart- en vaatziekten. Kort na het roken van cannabis wordt een verhoogd risico op een hartinfarct gevonden, maar daarbij kunnen ook andere factoren een rol spelen, zoals tabakgebruik en vetzucht. Mensen met een bestaande hart en vaatziekte behoren wel tot een risicogroep (CAM, 2008).
- Aanwijzingen voor nadelige effecten op de hersenen worden alleen gevonden in associatie met extreem zwaar en langdurig cannabisgebruik, maar onduidelijk is in hoeverre deze na verloop van tijd weer 'herstellen'. Mogelijk zijn jongeren gevoeliger voor deze effecten dan volwassenen.

De rol van de relatief hoge concentratie van THC in nederwiet bij het optreden van acute en chronische (gezondheids)problemen is niet duidelijk.

- Het RIVM verrichtte in 2005 onderzoek naar de acute effecten van sterke cannabis (joints met 33, 51 en 70 mg THC). De resultaten lieten een toename van de hartslag, daling van de bloeddruk en afname van cognitieve functies en motoriek zien. De effecten waren sterker naarmate de dosis THC hoger was (Mensinga et al., 2006). Gezonde jonge mensen kunnen deze effecten doorgaans zonder complicaties voor de gezondheid verdragen. Mensen met een hart- of vaatziekte lopen een risico.
- Cannabisgebruik heeft ook een dosis-afhankelijk negatief effect op de rijvaardigheid.
- Mogelijk zijn de risico's op een psychose groter bij gebruik van cannabis met een hoog THC-gehalte en laag cannabidiol gehalte, maar het onderzoek hiernaar is nog beperkt (Di Forti et al., 2009; Niesink en Van Laar, 2012).
- Het gebruik van cannabis met een hoger THC-gehalte leidt niet automatisch tot meer acute en lange termijn gevolgen. Dit hangt ook af van de hoeveelheid cannabis die iemand gebruikt en uiteindelijk binnenkrijgt.

Sterfte

De giftigheid van cannabis is gering. Het merendeel van de intoxicaties met cannabis kent een mild verloop. Ernstig verlopende intoxicaties treden soms op na inname van grote hoeveelheden cannabis (CAM, 2008).

- De afgelopen twintig jaar stond directe sterfte door inname van cannabis vrijwel niet genoteerd op de doodsoorzakenformulieren bij het CBS.
- Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op drugs. In de overlijdensgevallen die in 2012 door het NFI werden onderzocht op drugs, werd in géén van de gevallen cannabis aangewezen als een doodsoorzaak.

- Ook uit andere landen zijn geen directe sterfgevallen bekend die alleen aan cannabis te wijten zijn.
- Het aantal indirect met cannabisgebruik samenhangende sterfgevallen, bijvoorbeeld verkeersongevallen onder invloed van cannabis (Asbridge et al., 2012), is onbekend.

3.8 Aanbod en markt

Coffeeshops en overige verkooppunten

- Eind 2011 telde Nederland 651 officieel gedoogde coffeeshops, waarvan ongeveer de helft (53%) in steden met meer dan 200 duizend inwoners (Bieleman et al., 2012). Gegevens van het CBS die via een andere onderzoeksmethode zijn verzameld, laten een iets lager cijfer zien voor 2011 (640) (CBS, 2011).
- In 2011 was er géén coffeeshop in 314 van de 418 gemeenten (75%) (Bieleman et al., 2012).
- Binnen de landelijke kaders kunnen gemeenten zelf hun beleid bepalen rondom de vestiging van coffeeshops. In 2011 gedoogden 105 van de 418 gemeenten (25%) de aanwezigheid van coffeeshops. In één van deze 105 gemeenten was (desondanks) geen coffeeshop gevestigd. Twee derde van de gemeenten voerde een 'nulbeleid', een kwart voerde een maximumbeleid en minder dan een tiende gaf aan geen formeel beleid te voeren (Bieleman et al., 2012).
- Het Bonger Instituut voor Criminologie van de Universiteit van Amsterdam heeft onderzocht welke factoren hebben bepaald hoeveel coffeeshops er waren in 2007 in een gemeente in Nederland (Wouters, 2013). Het bleek dat het aantal coffeeshops in een gemeente niet alleen werd bepaald door de behoefte aan cannabis op grond van het aantal inwoners. Het aantal coffeeshops werd meer bepaald door de politieke samenstelling van het college van burgemeester en wethouders in een gemeente.
- Vanaf 2001 daalt het aantal coffeeshops in Nederland gestaag. Tussen 2001 en 2011 daalde het aantal coffeeshops met 19 procent. Tussen 2010 en 2011 vond er nog een daling plaats met een procent (tabel 3.9).

Tabel 3.9 Aantal coffeeshops in Nederland naar inwonertal gemeenten, vanaf 2001

Gemeenten naar aantal inwoners	2001	2002	2003[I]	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
< 20 000	11	12	12	10	10	10	10	8	8	-	8
20 - 50 000	86	79	73	77	75	71	71	72	68	-	68
50 - 100 000	112	106	104	101	103	105	105	100	91	-	95
100 - 200 000	183	174	168	166	161	148	143	148	148	-	136
> 200 000	413	411	394	383	380	385	373	372	351	-	344
- Amsterdam	280	270	258	249	246	238	229	228	225	-	222
- Rotterdam	61	62	62	62	62	62	62	62	44	-	43
- Den Haag	55	46	41	40	40	40	40	40	40	-	40
- Utrecht	17	18	18	17	17	17	14	14	14	-	14
- Eindhoven	16	15	15	15	15	15	15	15	15	-	15
-Tilburg[II]						13	13	13	13	-	10
Totaal	805	782	754[I]	737	729	719	702	700	666	660	651

Aantal coffeeshops naar inwonertal. I. In 2003 werden drie coffeeshops niet ingedeeld naar gemeentegrootte. II. Tussen 2005 en 2006 is het aantal inwoners van Tilburg gegroeid tot boven de 200 000, waardoor Tilburg pas vanaf 2006 tot de gemeenten behoort met meer dan 200 000 inwoners. Bron: Monitor coffeeshops en gemeentelijk beleid, Intraval (Bieleman et al., 2012).

- Cannabis is ook beschikbaar via illegale verkooppunten, zoals thuisdealers, straatdealers, 'onder-de-toonbank' dealers in horecagelegenheden, en via thuisbezorging na telefonische bestellingen (06-dealers). Recente cijfers over de omvang van deze markt zijn niet beschikbaar. Volgens een wat oudere schatting uit 2003/2004 werd in gemeenten met officieel gedoogde coffeeshops naar schatting 70 procent van de lokale cannabis direct in de coffeeshop gekocht (Korf et al., 2005). Landelijk (exclusief grote steden en gemeenten zonder coffeeshops) waren er naar schatting enkele duizenden niet-gedoogde cannabisaanbieders. Daarbij ging het zowel om vaste verkooppunten, zoals thuisdealers en zogenaamde "mobiele verkooppunten" zoals straatdealers. Deze verkooppunten namen naar schatting 30 procent van de lokale verkoop voor hun rekening.
- Het is onbekend of het aantal niet-gedoogde verkooppunten van cannabis de laatste jaren is veranderd.
- Vanaf januari 2012 zijn de gedoogcriteria voor coffeeshops (zie § 2.1.1) gewijzigd. Een evaluatie van de invoering van deze wijzigingen richt zich, onder andere, op een mogelijke verplaatsing van de gedoogde verkoop van cannabis in coffeeshops naar illegale verkooppunten (www.wodc.nl).

Kwaliteit en prijs

Het Trimbos-instituut verzamelt informatie over de sterkte van cannabis, dat wil zeggen de concentratie van werkzame bestanddelen, met name THC (tetrahydrocannabinol). Sinds 2000 worden geregeld monsters van verschillende cannabismonsters aangekocht en chemisch geanalyseerd (Niesink en Rigter, 2013).

- In alle peilingen bevatte de Nederlandse wiet gemiddeld meer THC dan de wiet die werd geïmporteerd uit het buitenland. Door de jaren heen was de nederwiet ongeveer even sterk als de geïmporteerde hasj (figuur 3.10).
- Het percentage THC in geïmporteerde hasj schommelde in de afgelopen jaren tussen 11 en 19 procent (figuur 3.10).
- Figuur 3.9 laat verder zien dat het gemiddelde THC-gehalte in nederwietmonsters tussen 2000 en 2004 verdubbelde van 9 naar 20 procent. Tussen 2010 en 2013 daalde het gemiddelde THC-gehalte weer van 17,8 naar 13,5 procent.
- In de geïmporteerde wiet halveerde het gemiddelde THC-gehalte van 9,9 procent in 2009 naar 5,1 procent in 2013 (figuur 3.9).
- Een THC-gehalte van 15 procent of meer werd gevonden in 36 procent van de nederwietmonsters en 40 procent van de geïmporteerde hasjmonsters, maar in geen van de geïmporteerde wietmonsters.

Ook de concentratie van een ander bestanddeel van cannabis, cannabidiol (CBD), wordt gemeten (Niesink en Rigter, 2013). Het gemiddelde percentage CBD wordt uitgedrukt in de mediaan.

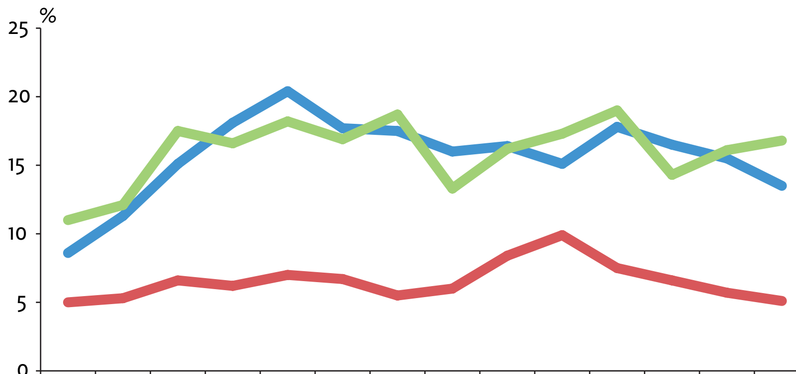
- In 2013 lag de mediaan van het CBD-gehalte in de nederwiet op 0,3 procent, in de geïmporteerde wiet op 0,4 procent, in de nederhasj op 1,8 procent en in de geïmporteerde hasj op 7,0 procent.
- Er zijn recente aanwijzingen dat CBD sommige effecten van THC tegengaat, zoals acute psychotische symptomen, angst, verslechtering van het geheugen en belonende effecten (Niesink en Van Laar, 2012).
- Vooral de verhouding tussen THC en CBD lijkt belangrijk te zijn. De nederwiet bevat relatief veel THC en weinig CBD. Voor buitenlandse hasj is deze verhouding 'gunstiger'.
- Er is nog onvoldoende epidemiologisch onderzoek waarin is nagegaan of de consumptie van cannabis met hoge of lage CBD-gehaltes is geassocieerd met verschillen in gezondheidsrisico's.

Er zijn weinig recente gegevens over de kwaliteit van nederwiet.

- Onderzoek uit 2007 suggereerde dat nederwiet verkocht in coffeeshops vrijwel geen versnijdingen met zand of glaspareltjes bevatte (Niesink et al., 2007; Van Amsterdam et al., 2007). Over cannabis de buiten de coffeeshop wordt gekocht is geen informatie beschikbaar.
- Over de aanwezigheid van andere stoffen in nederwiet, zoals pesticiden en groei- en bloeistimulatoren, en de mate waarin deze schadelijk zijn voor de gezondheid van de cannabisgebruiker, is weinig bekend.

- De politie treft wel geregeld pesticiden aan bij opgerolde cannabiskwekerijen. In 2011 zijn monsters van illegale cannabiskwekerijen en een beperkt aantal monsters uit coffeeshops onderzocht. De resultaten van chemische analyses suggereren dat pesticiden desondanks niet op grote schaal worden gebruikt bij de productie van cannabis (Van Amsterdam et al., 2012). In dit onderzoek was het echter niet mogelijk de monsters te analyseren op alle relevante pesticiden.

Figuur 3.9 Gemiddeld percentage THC in cannabisproducten, vanaf 2000



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nederwiet	8,6	11,3	15,1	18,1	20,4	17,7	17,5	16	16,4	15,1	17,8	16,5	15,5	13,5
Geïmporteerde wiet	5	5,3	6,6	6,2	7	6,7	5,5	6	8,4	9,9	7,5	6,6	5,7	5,1
Geïmporteerde hasj	11	12,1	17,5	16,6	18,2	16,9	18,7	13,3	16,2	17,3	19	14,3	16,1	16,8

Gemiddeld percentage THC. De percentages hebben betrekking op monsters die in december/januari zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin in de maand januari monsters werden verzameld. Voor nederwiet zijn de gemiddelde percentages weergegeven voor de monsters die als 'meest populair' zijn aangeschaft. De overgang in 2010 naar een ander laboratorium voor het analyseren van de monsters heeft mogelijk de trend beïnvloed. Bron: DIMS, Trimbos-instituut (Niesink en Rigter, 2013).

Tabel 3.10 geeft de gemiddelde prijzen van een gram cannabis aangeschaft in coffeeshops.

- De gemiddelde prijs van een gram nederwiet (meest populaire variant) steeg van 6,2 euro in 2006 naar 9,6 euro in 2013.
- De gemiddelde prijs van een gram geïmporteerde hasj steeg tussen 2006 en 2013 van 7,3 naar naar 9,9 euro (tabel 3.10).
- De gemiddelde prijs van een gram geïmporteerde wiet schommelde tussen 2003 en 2013 rond 4,7 euro.
- Prijs en sterkte hangen samen: hoe meer THC een cannabismonster bevat, hoe hoger de prijs.

Tabel 3.10 Gemiddelde prijs (€) per gram cannabisproduct in coffeeshops, vanaf 2003

Cannabis product	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nederwiet[I]	6,45	5,97	6,22	6,20	7,30	7,67	8,12	8,13	8,30	9,28	9,6
Geïmporteerde wiet	4,32	4,86	4,11	4,40	4,30	5,16	4,88	4,57	4,24	5,88	5,3
Geïmporteerde hasj	7,56	6,60	6,78	7,30	7,70	8,09	8,70	9,07	7,79	9,71	9,9

I. Meest populaire variant. De prijzen hebben betrekking op monsters die in december/januari zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin de maand januari valt. Bron: DIMS, Trimbos-instituut (Niesink en Rigter, 2013).

4 Cocaïne

Cocaïne werkt stimulerend. Veel gebruikers van cocaïne weten deze drug in hun leven in te passen zonder in problemen te komen. Zij consumeren cocaïne voor recreatieve doeleinden. Toch kan de drug leiden tot verslaving.

Cocaïne kan in verschillende vormen worden toegediend (Boekhout van Solinge, 2001). De zoutvorm van cocaïne (cocaïnehydrochloride; poeder) wordt in Nederland meestal gesnoven, zelden geïnjecteerd. Een enkele keer wordt cocaïnepoeder in een sigaret gerookt. Onder probleemgebruikers van harddrugs is vooral de basevorm van cocaïne populair. Deze vorm van cocaïne wordt "basecoke", "freebase", of "gekookte coke" genoemd. Basecoke wordt verkregen na het verhitten ('koken') van een oplossing van cocaïnepoeder en een basisch middel, zoals natriumbicarbonaat of ammonia. Basecoke wordt gerookt in een pijpje of geïnhaleerd van aluminiumfolie. Beide gebruikswijzen noemen wij hier roken, tenzij anders vermeld. De internationaal gangbare benaming voor basecoke is "crack". Crack heeft zijn naam te danken aan het knetterend geluid dat tijdens de verhitting ontstaat. In de jaren tachtig maakten de gebruikers zelf de basecoke. Tegenwoordig wordt basecoke veelal kant-en-klaar op straat verkocht.

Onderstaande gegevens gelden voor alle vormen van cocaïne samen, tenzij anders aangegeven.

4.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over cocaïne in dit hoofdstuk zijn:

- In 2009 lag het percentage ooit-, recente en actuele cocaïnegebruikers in de algemene bevolking hoger dan in 2005. Dit kan samenhangen met een wijziging in onderzoeksmethode (§ 4.2).
- Onder de schoolgaande jongeren van 12-18 jaar in het regulier onderwijs is het gebruik van cocaïne tussen 2007 en 2011 stabiel gebleven (§ 4.3).
- Cocaïne is na ecstasy de meest populaire harddrug onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen (§ 4.3).
- De prevalentie van recent cocaïnegebruik in de algemene bevolking ligt in Nederland rond het Europese gemiddelde (§ 4.5).
- Een op de tweehonderd inwoners van de drie grootste steden van Nederland is verslaafd aan crack (§ 4.4).
- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met cocaïne als primair probleem steeg tussen 2002 en 2008, en daalde tussen 2008 en 2012 (§ 4.6).
- Het aantal klinische opnames in de algemene ziekenhuizen waarbij cocaïnemisbruik en –afhankelijkheid een rol speelt is in 2011 verder gestegen (§ 4.6).

- Bij cocaïne-gerelateerde gezondheidsincidenten zijn vaak alcohol en andere drugs (ecstasy, GHB, cannabis) in het spel (§ 4.6).
- Volgens de Nederlandse Doodsoorzakenstatistiek van het CBS is iets minder dan een op de vijf acute drugsgerelateerde sterfgevallen primair toe te schrijven aan cocaïnegebruik (§ 4.7).
- De meeste cocaïnepoeders van consumenten bevatten de laatste jaren (ook) geneesmiddelen, vooral levamisol (§ 4.8).
- Het gemiddelde gehalte cocaïne in cocaïnepoeders daalde vanaf 2002, maar is tussen 2011 en 2012 weer gestegen. De prijs is in de afgelopen jaren weinig veranderd (§ 4.8).

4.2 Gebruik: algemene bevolking

In 1997, 2001, 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). Vanwege een landelijk afstemmingstraject van leefstijlmonitoren zullen nieuwe cijfers over het cocaïnegebruik in de algemene bevolking naar verwachting pas in 2015 verschijnen (Kramers et al., 2013).

De methode van gegevensverzameling verschilde in 2009 van die in de eerdere peilingen. In 1997, 2001 en 2005 zijn gegevens over drugsgebruik verzameld in een persoonlijk interview met respondenten, waarbij de onderzoeker de antwoorden op een laptop invoerde. In 2009 vulde de respondent zelf direct de antwoorden op de vragen in, zonder dat de interviewer meekeek. Er zijn aanwijzingen dat meer anonieme en privacybeschermende methoden, zoals toegepast in 2009, leiden tot hogere prevalenties van gebruik (persoonlijke communicatie CBS; EMCDDA, 2002).

- Tussen 2001 en 2005 steeg het aantal Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar dat ervaring heeft met cocaïne (tabel 4.1). (Rodenburg et al., 2007). In 2009 werd er een hoger percentage ooitgebruik van cocaïne gevonden dan in 2005, maar dat kan het gevolg zijn geweest van de nieuwe onderzoeksmethode.
- Tussen 1997, 2001 en 2005 werden geen statistisch significante verschillen gevonden in de percentages recent en actueel gebruik. De hogere percentages in 2009 ten opzichte van 2005 kunnen eveneens het gevolg zijn geweest van de nieuwe onderzoeksmethode.
- In absolute getallen telde Nederland in 2009 naar schatting 55 duizend actuele cocaïnegebruikers. Deze cijfers zijn vrijwel zeker een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in bevolkingsonderzoek zoals het NPO ondervertegenwoordigd zijn.
- De jaarlijkse aanwas van mensen die voor het eerst cocaïne gebruiken is gedaald van 0,4 procent in 2001 naar 0,1 procent in 2005. In 2009 werd weer een percentage gevonden van 0,4 procent.

Tabel 4.1 Gebruik van cocaïne in Nederland onder mensen van 15 tot en met 64 jaar. Peiljaren 1997, 2001, 2005 en 2009[III]

	1997	2001	2005	Wijziging methode[III]	2009[III]
Ooitgebruik	2,6%	2,1%	3,4%	…	5,2%
Recent gebruik[I]	0,7%	0,7%	0,6%	…	1,2%
Actueel gebruik[II]	0,3%	0,1%	0,3%	…	0,5%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	0,3%	0,4%	0,1%	…	0,4%
Gemiddelde leeftijd van de recente[I] gebruikers	27,7 jaar	26,7 jaar	31,9 jaar	…	-

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005), 5 769 (2009). … = Wijziging methode. I. In het afgelopen jaar. II. in de afgelopen maand. III. In 2009 is de onderzoeksmethode gewijzigd (zie tekst). Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. Bron: NPO, CBS/IVO (Van Rooij et al., 2011).

Leeftijd, geslacht en stedelijkheid

- Het ooitgebruik van cocaïne kwam in 2009 meer voor onder mannen (7,8%) dan onder vrouwen (2,5%). Ook kwam in 2009 het ooitgebruik van cocaïne meer voor in de leeftijdsgroep 24-44 jaar (8,0%) dan in de leeftijdsgroepen 15-24 jaar (4,8%) en 45-64 jaar (2,5%).
- Ook hebben mensen in de grote steden vaker ervaring met cocaïne. In 2009 had 8,9 procent van de bevolking in zeer sterk stedelijke gebieden ooit cocaïne gebruikt. In de niet-stedelijke gebieden lag dit percentage op 3,9 procent.
- Recent gebruik van cocaïne kwam in 2009 eveneens meer voor onder mannen dan vrouwen (1,8% versus 0,5%) en was het hoogst onder 15-24-jarigen (2,4%), gevolgd door leeftijdsgroep 15-44 jaar (1,5%). Recent gebruik komt naar verhouding weinig voor onder 45-64 jarigen (0,2%).
- Recent gebruik is hoger in zeer stedelijke gebieden (2,0%) vergeleken met weinig stedelijk (0,5%) en niet-stedelijke (0,7%) gebieden.
- De aantallen actuele gebruikers zijn te klein voor een verdere uitsplitsing naar leeftijd, geslacht en stedelijkheid.
- Tussen 2001 en 2005 steeg de gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers.
- De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers van cocaïne lag in 2005 in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 17,6 jaar. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 23,1 jaar.

Speciale groepen

Het gebruik van (onder andere) cocaïne komt vrij veel voor onder dakloze volwassenen (zie ook § 4.3, speciale groepen jongeren).

- In 2000 werden in Utrecht de eerste hostels geopend voor verslaafde daklozen en in 2009 werd het middelengebruik onder de Utrechtse hostelbewoners onderzocht. Hun gemiddelde leeftijd was toen 45 jaar (Wolf et al., 2010). Een ruime meerderheid van de bewoners gebruikte (bijna) dagelijks harddrugs (84%). Ruim de helft (51%) gebruikte cocaïne (bijna) dagelijks.
- Tijdens de winterkouderegeling wordt in Amsterdam, voor alle daklozen die zich aanmelden, een gratis plek gecreëerd in de nachtopvang. In de winter van 2009-2010 werd het middelengebruik onderzocht onder 105 daklozen (gemiddelde leeftijd 39 jaar) die gebruik hadden gemaakt van de winterkoudelocaties (Buster en De Wit, 2010). Cocaïne was in de afgelopen maand gebruikt door 21 procent van de daklozen.

4.3 Gebruik: jongeren

Scholieren

Vergeleken met cannabis gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs harddrugs, zoals cocaïne. Dit blijkt uit het Peilstationsonderzoek scholieren (Verdurmen et al., 2012).

- In het cocaïnegebruik onder de scholieren van het voortgezet onderwijs deed zich van 1988 tot 1996 wel een stijging voor in de percentages ooitgebruik en actueel gebruik (figuur 4.1).
- In de metingen tussen 1996 en 2007 daalde het percentage leerlingen dat ervaring had met cocaïne en bleef stabiel in 2011.
- Het percentage actuele cocaïnegebruikers blijft in de afgelopen vijftien jaar (1996-2011) op het zelfde niveau. De kleine afname tussen 1999 en 2003 is niet statistisch significant (figuur 4.1).

Leeftijd en geslacht

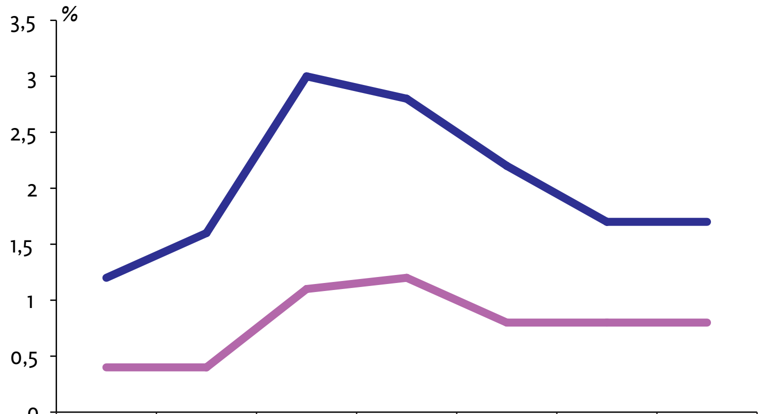
- Het gebruik van cocaïne neemt toe met de leeftijd. In 2011 had maar 0,6 procent van de 12-jarigen ervaring met cocaïne; op 16-jarige leeftijd was dat 2,4 procent. Voor actueel gebruik waren deze getallen respectievelijk 0,3 procent (12 jaar) en 0,6 procent (16 jaar).
- Meer jongens dan meisjes hebben ooit (2,2% - 1,2%) of pas nog (1,1% - 0,5%) cocaïne gebruikt.

Schoolniveau en etnische afkomst

- Schoolniveau's kunnen alleen voor 12-16 jarige leerlingen worden vergeleken omdat niet elk schoolniveau hetzelfde aantal leerjaren heeft. Leerlingen van het VMBO-p/t hebben iets meer ervaring met cocaïne dan leerlingen van het VWO (respectievelijk 2,0% versus 0,8%), maar verschillen tussen andere schoolniveaus zijn niet statistisch significant. Het actuele gebruik verschilt niet tussen schoolniveaus.

- Er is geen sterke samenhang tussen etnische afkomst en het ooitgebruik van cocaïne[1]. Alleen Surinaamse leerlingen hebben iets vaker ervaring met cocaïne (4,5%) dan leerlingen van autochtoon Nederlandse afkomst (1,5%).

Figuur 4.1 Gebruik van cocaïne onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988



	1988	1992	1996	1999	2003	2007	2011
Ooitgebruik	1,2	1,6	3	2,8	2,2	1,7	1,7
Actueel gebruik	0,4	0,4	1,1	1,2	0,8	0,8	0,8

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

Speciale groepen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt de consumptie van cocaïne vrij vaak voor. Tabel 4.2 vat de resultaten samen van diverse, vaak lokale, studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen vaak laag, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Cocaïne is relatief populair in het uitgaansleven, maar het gebruik van het middel vindt ook vaak in privésettingen plaats. Het gaat daarbij vooral om het snuiven van cocaïne. Sleutelfiguren in het uitgaansleven signaleren in 2008/2009 dat het gebruik van cocaïne tegenwoordig in alle regio's van Nederland voorkomt (Doekhie et al., 2010).

- Na een stabilisering van het gebruik in Amsterdam begin deze eeuw leek de toegenomen populariteit van dit middel inmiddels ook in andere regio's te stabiliseren (Doekhie et al., 2010). Het zuiden van het land zou daarbij een inhaalslag hebben gemaakt. In deze regio wordt vooral een toename onder de dorpsjeugd waargenomen, waar het gebruik past in een leefstijl van hard werken door de week en uit

[1] Voor de definitie van autochtoon en allochtoon: zie bijlage A.

de band springen in het weekend. Door inwoning bij ouders hebben zij genoeg geld te besteden. Of dat anno 2012 nog het geval is, is niet bekend.
- Sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven signaleerden dat cocaïne weliswaar in de meeste uitgaansnetwerken wordt gebruikt, maar het leek erop dat het middel toch uit de gratie begon te raken (Nabben et al., 2012). Cocaïne is relatief duur en "waarom zo veel geld voor zo weinig effect". Echter, in 2012 lijkt er sprake te zijn van een lichte kentering. Vooral bij werkende 25-plussers blijft cocaïne populair (Benschop et al., 2013).

In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde party's en festivals (Van der Poel et al., 2010).
- Twaalf procent van de bezoekers was een actuele cocaïnegebruiker.
- Vijf procent van de bezoekers had tijdens de uitgaansavond zelf cocaïne gebruikt, maar dit aandeel varieerde sterk tussen party's (range: 0,6 tot 15%), Gemiddeld namen zij die avond 0,6 gram cocaïne. Cocaïnegebruik tijdens het uitgaan kwam het meest voor in de leeftijdsgroep 25-29 jaar.
- De meeste cocaïnegebruikers hadden tijdens de uitgaansavond zowel cocaïne als alcohol geconsumeerd (3,9% van alle bezoekers). Ruim een procent had alleen cocaïne (zonder alcohol) gebruikt (Van der Poel et al., 2010).

In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen en Drenthe), Oost (Gelderland en Overijssel), Midden (Utrecht en Flevoland), West (Noord- en Zuid-Holland) en Zuid (Noord-Brabant, Zeeland en Limburg).
- Het percentage actuele cocaïnegebruikers was lager vergeleken met bezoekers van party's en festivals en varieerde van drie procent in de regio's Oost en Noord tot respectievelijk 5,6 en 5,8 procent in de regio's Zuid en West.
- Landelijk gezien had naar schatting zestien procent van de clubbezoekers ooit cocaïne gebruikt en was naar schatting vijf procent een actuele cocaïnegebruiker.

Probleemjongeren

Jongeren in justitiële jeugdinrichtigen en de jeugdzorg hebben vaker ervaring met het gebruik van cocaïne dan hun doorsnee leeftijdgenoten.
- Op landelijk niveau varieert het percentage jongeren in de jeugdzorg dat ooit cocaïne heeft gebruikt van 6 procent onder de 12-13-jarigen tot 17 procent onder de 14-15-jarigen en 18 procent onder de 16-jarigen. In het reguliere onderwijs lagen deze percentages beduidend lager op respectievelijk een, twee en drie procent (Kepper et al., 2009a). Gemiddeld had 18 procent van de jongeren in de jeugdzorg ooit cocaïne gebruikt, 17 procent van de jongens en 19 procent van de meisjes. In de jeugdzorg in Amsterdam in 2012 had 5 procent ooit cocaïne gebruikt en had een procent in de afgelopen maand nog cocaïne gebruikt (Benschop et al., 2013).
- Onder jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen heeft achttien procent,

voorafgaand aan hun detentie, ooit cocaïne gebruikt (Kepper et al., 2009b). Er zijn grote verschillen in het ooitgebruik van cocaïne tussen deze jongens en de jongens in het reguliere voortgezet onderwijs: 13 versus een procent onder de 13-14-jarigen, 17 versus drie procent onder de 15-16-jarigen en 21 versus zes procent onder de 17-18-jarigen. Vier procent van de jongens gaf aan cocaïne te hebben gebruikt tijdens hun verblijf in de justitiële jeugdinrichting.

- Voor zover cijfers beschikbaar zijn en vergelijkingen kunnen worden gemaakt lijkt het gebruik van crack onder probleemjongeren wat vaker voor te komen dan onder hun leeftijdgenoten in het algemeen. De percentages zijn niettemin laag (tabel 4.2).

Tabel 4.2 Gebruik van cocaïne in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik[V]	Actueel gebruik[V]
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen					
- Cafébezoekers[I]	Amsterdam[II]	2010	Gemiddeld 27	34%	12%
				3%[VI]	<1%[VI]
- Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gemiddeld 25	33%	14%
- Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	Gemiddeld 28	34%	5%
- Bezoekers van party's en festivals	Landelijk[III]	2008/2009	Gemiddeld 24	27%	12%
- Bezoekers van clubs en discotheken	Landelijk[III]	2008/2009	Gemiddeld 22	16%	5%
- Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Den Haag	2008/2009	Gemiddeld 21	12%	3%
Probleemgroepen					
- Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	Gemiddeld 15	18% 5%[VI]	4%[V] 1%[VI]
- Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	Gemiddeld 16	5%	1%
- Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[IV]	Landelijk	2009	Gemiddeld 16	18% 2%[VI]	6%[V] 1%[VI]

Percentage actuele gebruikers (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (26% in 2005 en 28% in 2010). III. Geringe respons (19%). IV. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. V. Snuifbare cocaïne in poedervorm, tenzij anders aangegeven. VI. Rookbare cocaïne in de vorm van crack. VII. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's.

Bronnen: Antenne 2010, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2011); Tendens 2008, IrisZorg (De Jong et al., 2008); Antenne 2008, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al.,

2009); Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2010); Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/UvA (Van der Poel et al., 2010); Haags Uitgaansonderzoek, Gemeente Den Haag/ Parnassia/Politie Haaglanden (Dekkers et al., 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a); Antenne 2012, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2013).

4.4 Problematisch gebruik

Betrouwbare schattingen van het totale aantal probleemgebruikers van cocaïne ontbreken. Volgens veldstudies en registratiegegevens gaat het globaal om drie groepen gebruikers.

- De eerste groep bestaat uit de probleemgebruikers van opiaten (zie § 5.4), die tegenwoordig vrijwel allemaal óók cocaïne gebruiken, veelal de kant-en-klare rookbare vorm crack.
- De tweede groep bestaat uit probleemgebruikers in de harddrugsscene die frequent cocaïne, vooral crack, consumeren, zonder daarnaast heroïne te nemen.
    - In 2008 werd het middelengebruik onderzocht in een steekproef van 572 problematische harddrugsgebruikers, die werden geworven in acht steden (Cruts en Van Laar, 2010).
    - Zij gebruikten in de afgelopen maand op minimaal drie dagen in de week opiaten of crack.
    - Problematisch crackgebruik, zonder problematisch opiatengebruik, kwam voor onder 23 procent van de gebruikers.
    - Problematisch opiatengebruik kwam voor onder de overige 77 procent. Van deze problematische opiaatgebruikers had bovendien 87 procent in het afgelopen jaar ook crack gebruikt en had 97 procent ooit in het leven crack gebruikt (Trimbos-instituut, 2008).

- De derde groep bestaat uit gebruikers bij wie het aanvankelijk 'recreatief' gebruik van snuifcocaïne is overgegaan in problematisch gebruik ('de ontspoorde cocaïne-snuivers'). In vergelijking met crackgebruikers zijn zij doorgaans begonnen met het gebruik van snuifcoke vanuit een meer maatschappelijk geïntegreerde positie. Er is een indicatie van de mate van probleemgebruik van cocaïne onder bezoekers van party's en festivals en van clubs en discotheken (Van der Poel et al., 2010; zie ook § 4.3).
    - Van de party- en festivalbezoekers van 15 tot en met 35 jaar had 19 procent het afgelopen jaar (recent) cocaïne gebruikt. Van deze recente gebruikers was 13 procent een probleemgebruiker[2].
    - Van de uitgaanders in clubs en discotheken had tien procent het afgelopen jaar (recent) cocaïne gebruikt. Van deze recente gebruikers was dertien procent een probleemgebruiker (Van der Poel et al., 2010).

[2] Zij voldeden naar eigen zeggen aan tenminste drie van de zeven criteria voor probleemgebruik: 1) gebruiken ondanks de psychische en emotionele problemen daarvan, 2) veel tijd besteden aan het gebruik, 3) veel meer nodig hebben voor hetzelfde effect, 4) meer gebruiken dan men van plan was, 5) zonder succes proberen te minderen, 6) stoppen met belangrijke andere activiteiten en 7) zich ziek voelen bij het stoppen.

- Van de drie groepen die hierboven werden genoemd, komt crackverslaving vooral voor in de eerste twee groepen. Maar ook in de derde groep kan crackverslaving ontstaan.

Van het totaal aantal crackverslaafden zijn er recent schattingen beschikbaar gekomen voor de drie grootste steden van Nederland: Amsterdam, Rotterdam en Den Haag (Oteo Pérez et al., 2013).

- Voor de drie grootste steden wordt het aantal crackverslaafden geschat op 6 659, waarvan 2 524 in Amsterdam (in 2009), 2 362 in Rotterdam (in 2010) en 1 773 crackverslaafden in Den Haag (in 2010).
- Dit komt neer op 0,51 procent crackverslaafden in de drie grootste steden onder de bevolking van 15 tot en met 64 jaar. Per stad komt dit neer op 0,46 procent in Amsterdam (in 2009), 0,58 procent in Rotterdam (in 2010) en 0,53 procent crackverslaafden in de bevolking van Den Haag (in 2010).
- Van de crackverslaafden is 77 procent man, 13 procent is jonger dan 35 jaar en 87 procent is 35 jaar of ouder.

4.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

In de algemene bevolking van westerse landen is het aantal mensen dat harddrugs zoals cocaïne gebruikt, aanzienlijk lager dan het aantal mensen dat cannabis gebruikt (EMCDDA, 2012, 2013).

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 4.3a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 4.3b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in Bijlage C vermeld.
- Het percentage mensen tot de leeftijd van zestig of zeventig jaar dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten. In de EU-15 en Noorwegen varieert het percentage ooitgebruikers van minder dan een procent in Griekenland tot negen procent in Spanje en het Verenigd Koninkrijk. Van alle EU-lidstaten ligt het percentage ooitgebruikers het laagst in Malta en Roemenië (lager dan 0,5%). In Nederland heeft 5,2 procent van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ervaring met cocaïne. Dat is iets boven het Europese gemiddelde van 4,6 procent. Dit Europese gemiddelde is gewogen naar het inwonertal van de landen.
- Slechts in twee van de EU-27 landen en Noorwegen heeft meer dan 1,5 procent van de inwoners in het afgelopen jaar nog cocaïne gebruikt. Deze twee landen zijn Spanje (2,3%) en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales, 2,2%). Het percentage recente gebruikers ligt ook hoger dan 1,5 procent in de Verenigde Staten (1,8%) en Australië (2,1%). In Nederland ligt het percentage recente gebruikers van

cocaïne (1,2%) op het Europese gemiddelde (1,2%). Dit Europese gemiddelde is gewogen naar het inwonertal van de landen.

Tabel 4.3a Consumptie van cocaïne onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten en Noorwegen: leeftijdsgroep 15 tot en met 64 jaar

Land	Jaar	Ooitgebruik	Recent gebruik
Spanje	2011	8,8%	2,3%
Ierland	2010/2011	6,8%	1,5%
Nederland	2009	5,2%	1,2%
Frankrijk	2010	3,7%	0,9%
Zweden	2008	3,3%	0,5%
Noorwegen	2009	2,5%	0,4%
Oostenrijk	2008	2,2%	0,9%
Portugal	2007	1,9%	0,6%
Finland	2010	1,7%	0,2%
Griekenland	2004	0,7%	0,1%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.
Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). Bron: EMCDDA.

Tabel 4.3b Consumptie van cocaïne onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen[I]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik	Recent gebruik
Verenigde Staten	2010	12 en ouder	14,7%	1,8%
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2010/2011	16 - 59	8,9%	2,2%
Australië	2010	14 en ouder	7,3%	2,1%
Canada	2011	15 en ouder	6,2%	0,9%
Denemarken	2010	16 - 64	4,4%	0,9%
Italië	2012	18 - 64	4,2%	0,6%
Duitsland	2009	18 - 64	3,3%	0,8%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.
Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en de oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Bronnen: EMCDDA, SAMHSA, CADUMS, AIHW.

Jongeren

In de ESPAD-peilingen onder vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa werd in 1999, 2003, 2007 en 2011 gevraagd naar het ooitgebruik van cocaïne (Hibell et al.,

2000, 2004, 2009, 2012). In 2003 is ook gevraagd naar het recent gebruik. De cijfers uit dit onderzoek zijn beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking.

- Tabel 4.4 toont het gebruik van cocaïne onder scholieren in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde wel vergelijkbaar onderzoek uit.
- Het hoogste percentage ooitgebruik van cocaïne (4%) werd gevonden in Frankrijk en België.
- Nederland neemt met twee procent een middenpositie in, maar de verschillen met de andere landen zijn klein.
- Het gemiddeld van alle 36 deelnemende Europese landen lag eveneens op twee procent.

Tabel 4.4 Consumptie van cocaïne onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011

	1999	2003		2007	2011
Land	*Ooit*	*Ooit*	*Recent*	*Ooit*	*Ooit*
Frankrijk	2%	3%	-	5%	4%
België[II]	-	3%	1%	4%	4%
Italië	2%	4%	3%	5%	3%
Verenigde Staten[I]	8%	5%	3%	5%	3%
Ierland	2%	3%	1%	4%	3%
Duitsland[III]	-	2%	2%	3%	3%
Portugal	1%	3%	2%	2%	3%
Spanje[IV]	-	6%	5%	4%	2%
Nederland	3%	3%	1%	3%	2%
Denemarken[IV]	1%	2%	2%	3%	2%
Zweden	1%	1%	0%	2%	1%
Griekenland	1%	1%	1%	1%	1%
Noorwegen	1%	1%	1%	1%	1%
Finland	1%	0%	0%	1%	1%
Verenigd Koninkrijk[V]	3%	4%	3%	5%	-
Zwitserland	-	1%	0%	3%	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en, voor 2003, in het laatste jaar (recent). - = niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. België in 2011 alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland in 2007 voor zes en in 2011 voor vijf van de zestien deelstaten. IV. De gegevens voor Spanje en Denemarken zijn minder representatief. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

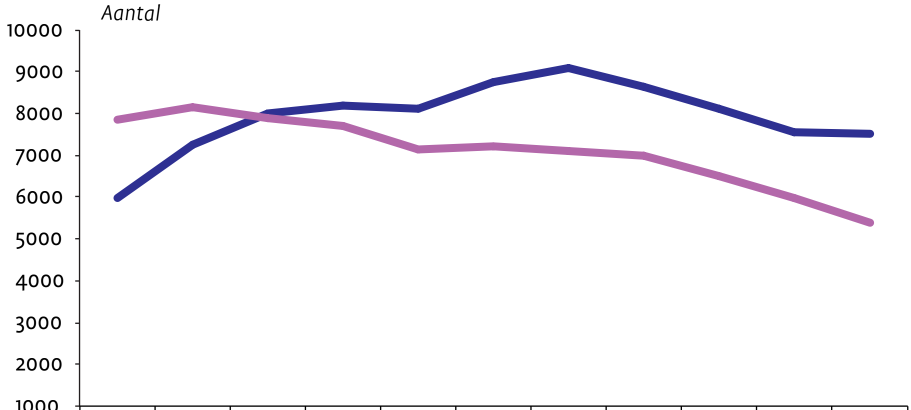
4.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn verschillende gespecialiseerde instellingen actief binnen de verslavingszorg. Deze instellingen sturen anonieme gegevens over de hulpverlening naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink et al., 2012, 2013). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) In vorige jaren bevatte het LADIS ook gegevens van de verslavingsreclassering. Vanwege technische problemen zijn in dit NDM Jaarbericht de reclasseringsgegevens niet meer meegenomen. De LADIS-cijfers in dit Jaarbericht, van 2002 tot en met 2012, vallen daardoor lager uit dan de LADIS-cijfers in voorafgaande Jaarberichten.

- Het aantal cliënten met cocaïne als primair probleem steeg tussen 2002 en 2008 met 52 procent, maar daalde tussen 2008 en 2012 weer met 17 procent. Tussen 2010 en 2012 vond er nog een daling plaats met 7 procent (figuur 4.2). Deze recente daling in de hulpvraag voor cocaïne kan een daling in problematisch gebruik reflecteren, maar kan ook samenhangen met de (tijdelijke) invoering van een eigen bijdrage voor verslavingszorg, bezuinigingen, of een toename van anonieme e-health interventies, behandelingen in de eerste lijn of in de particuliere verslavingszorg.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cocaïnecliënten van 46 in 2002 naar 54 in 2012.
- Het aandeel van de cocaïnecliënten in alle cliënten met een drugsprobleem lag in 2002 op 23 procent en lag in 2012 op 24 procent.
- In 2012 was 16 procent van de primaire cocaïnecliënten een nieuwkomer. Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2012 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Voor de helft van de primaire cocaïnecliënten (50%) is roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor bijna de andere helft (48%) snuiven. Slechts een procent injecteert de cocaïne.
- Bijna zes van de tien primaire cocaïnecliënten (55%) hadden ook problemen met een ander middel. Voor deze groep was het secundaire probleem vooral alcohol (35%), gevolgd door cannabis (24%), heroïne (20%), methadon (4%) en stimulerende middelen (4%). Voor de overige cocaïnecliënten (45%) stond cocaïne als het enige probleem geregistreerd.
- Cocaïne werd ook vaak als secundair probleem genoemd (figuur 4.2). Voor deze groep is het primaire probleem vooral heroïne (49%), gevolgd door alcohol (34%) en cannabis (9%).

Figuur 4.2 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[I]) met primaire of secundaire cocaïneproblematiek, vanaf 2002



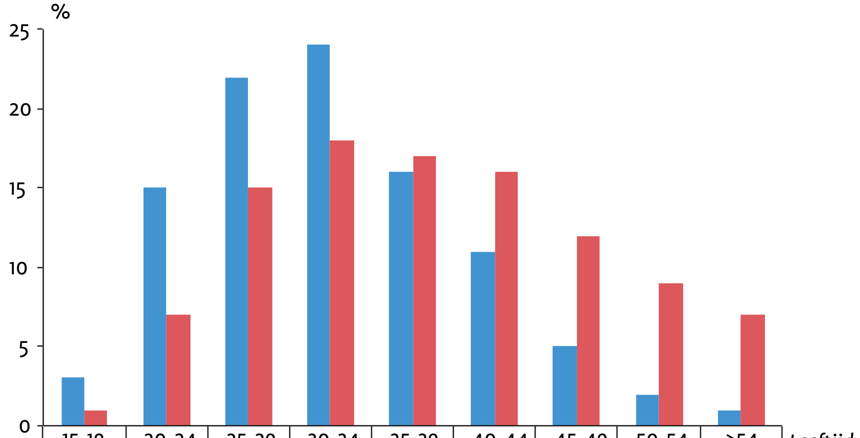
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Primair	5975	7264	8018	8198	8126	8744	9082	8648	8107	7555	7516
Secundair	7865	8138	7895	7714	7149	7209	7114	6992	6509	5987	5388

Aantal cliënten. I. De cijfers in dit figuur zijn lager dan in eerdere NDM Jaarberichten, doordat in dit Jaarbericht de gegevens van de verslavingsreclassering niet zijn meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

Leeftijd en geslacht

- In 2012 waren acht op de tien primaire cocaïnecliënten man (81%).
- De gemiddelde leeftijd was 38 jaar. Daarmee zijn de primaire cocaïnecliënten jonger dan de opiaat-, en alcoholcliënten maar ouder dan de cannabis-, ecstasy-, amfetamine- en GHB-cliënten.
- Figuur 4.3 laat zien dat 66 procent van de primaire cocaïnecliënten in 2012 tussen de 25 en 44 jaar was. Het aandeel jonge cocaïnecliënten van 15-29 jaar is gedaald van 40 procent in 2002 naar 23 procent in 2012.

Figuur 4.3 Leeftijdsverdeling van primaire cocaïnecliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[I]). Peiljaren 2002 en 2012



	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	>54
2002	3	15	22	24	16	11	5	2	1
2012	1	7	15	18	17	16	12	9	7

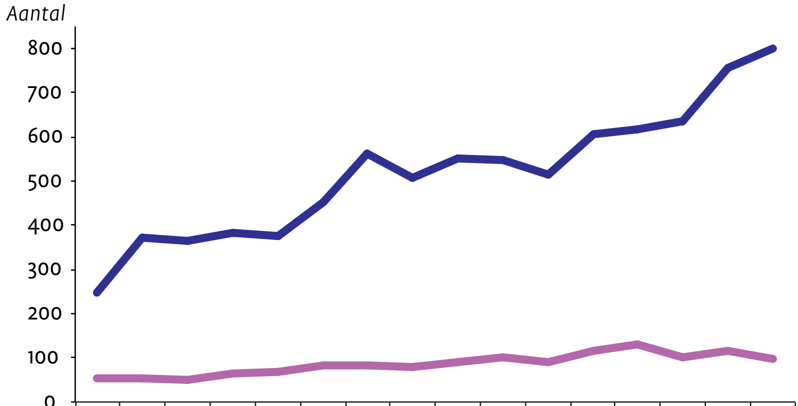
Percentage cliënten per leeftijdsgroep. I. De cijfers in dit figuur wijken af van eerdere NDM Jaarberichten, doordat in dit Jaarbericht de gegevens van de verslavingsreclassering niet zijn meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

Algemene ziekenhuizen

De algemene ziekenhuizen sturen gegevens over hun opnames anoniem naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Cocaïnemisbruik en –afhankelijkheid worden niet vaak als hoofddiagnose geregistreerd bij klinische opnames in de algemene ziekenhuizen.

- In 2011 ging het om 96 gevallen, waarvan 75 procent vanwege cocaïnemisbruik en 25 procent vanwege cocaïneafhankelijkheid (figuur 4.4).
- Cocaïneproblemen spelen vaker een rol als nevendiagnose. In het afgelopen decennium is ondanks jaarlijkse fluctuaties een globale stijging te zien in het aantal opnames met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als nevendiagnose. Tussen 2010 en 2011 steeg het aantal nevendiagnoses nog eens met zes procent naar 800 gevallen.
- De meest voorkomende categorieën hoofddiagnoses, die in 2011 stonden geregistreerd bij cocaïnemisbruik of –afhankelijkheid als nevendiagnose, waren:
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (21%);
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (13%);
  - letsel door ongevallen (11%, zoals breuken, wonden, hersenschudding);
  - vergiftigingen (10%);
  - ziekten van hart- en vaatstelsel (14%);
  - psychosen (5%).
- De gemiddelde leeftijd van de cocaïnepatiënten in 2011 (hoofd- en nevendiagnoses samengenomen) was 39 jaar; 78 procent was man.
- De LMR registreerde in 2011 in totaal 86 gevallen van onopzettelijke vergiftiging met cocaïne als nevendiagnose (ICD-9 code E855.2).

Figuur 4.4 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan cocaïnemisbruik en -afhankelijkheid, vanaf 1996



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cocaïne als nevendiagnose	246	371	363	383	377	451	562	506	551	547	514	607	617	637	756	800
Cocaïne als hoofddiagnose	53	55	50	65	67	81	84	80	89	101	90	114	131	100	114	96

Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 304.2, 305.6 (bijlage B). Bron: LMR, DHD.

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut. De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) van de GGD Amsterdam registreert al sinds langere tijd het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp wegens drugsgebruik in Amsterdam en omgeving, maar data voor 2012 ontbreken. Voor de gegevens van de CPA in voorgaande jaren wordt verwezen naar het NDM Jaarbericht 2011.

Sinds 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Vogels en Croes, 2013). In 2012 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege het ontbreken van de registratiecijfers uit 2012 van de CPA in Amsterdam zijn de cijfers van deze dienst over alle jaren buiten deze rapportage gehouden, om een vergelijking over jaren mogelijk te maken. De CPA Amsterdam levert de ambulance cijfers uit Amsterdam en de regio Purmerend. De gegevens hieronder hebben uitsluitend betrekking op incidenten waarbij cocaïne-HCl (cocaïnepoeder of snuifcoke) was gebruikt. Het aantal incidenten met cocaïnebase (basecoke, crack) was te klein om als aparte groep te bespreken. Tussen 2009 en 2012 werden 105 incidenten met cocaïnebase gemeld, waarvan 46 met uitsluitend dit middel.

- In 2012 werden in totaal 2 961 drugsincidenten gemeld. Bij 408 meldingen was cocaïne-HCl betrokken; hiervan was in 242 gevallen cocaïne-HCl als enige drug gemeld (met of zonder alcohol).
- In tabel 4.5 worden de cocaïne-HCl incidenten samengevat over de periode 2009-2012. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst. In deze periode werden in totaal 8 661 unieke drugsincidenten gemeld (exclusief de incidenten van de ambulances Amsterdam en Purmerend), waarvan 597 incidenten met cocaïne-HCl als enige drug.
  - Acute gezondheidsincidenten met snuifcoke worden vaak door politieartsen gemeld: één op de vijf incidenten is gerelateerd aan het gebruik van cocaïne als enige drug. Cocaïnegebruik leidt bij de grootschalige evenementen niet vaak tot een gezondheidsverstoring.
  - Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. Bij de politieartsen zijn de intoxicaties in tweederde van de gevallen matig of ernstig. Ook bij de ambulancediensten in de ziekenhuizen heeft meer dan de helft van de patiënten een matige of ernstige intoxicatie. Er traden geen opvallende verschuivingen op in de periode 2009-2012 in de mate van intoxicatie.
  - Vergeleken met de andere drugs zijn patiënten met een gezondheidsincident na cocaïnegebruik relatief oud en vaak man.
- Opvallend is dat bij de incidenten met cocaïne vaak ook andere middelen zijn betrokken.
  - Een derde van de patiënten heeft naast cocaïne ook (uitsluitend) alcohol gebruikt.
  - De helft van de patiënten heeft naast cocaïne nog een andere drug gebruikt, al dan niet met alcohol erbij. Een veel gemelde combinatie is met ecstasy, maar ook de combinatie met GHB of cannabis kwam regelmatig voor.

Tabel 4.5 Incidenten met cocaïne-HCl als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2012

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten	177	136	210	74
(% van het totaal)	(10%)	(8%)	(20%)	(2%)
Man	82%	86%	91%	78%
Leeftijd (mediaan)	33	31	32	23
Mate van intoxicatie*				
- Licht[I]	21%	46%	31%	89%
- Matig[II]	59%	40%	55%	10%
- Ernstig[III]	20%	14%	14%	1%

**Percentages berekend op de bekende aantallen (valide percentages). De registraties van de CPA Amsterdam (ambulancedata) zijn in deze tabel niet opgenomen. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Vogels en Croes, 2013).*

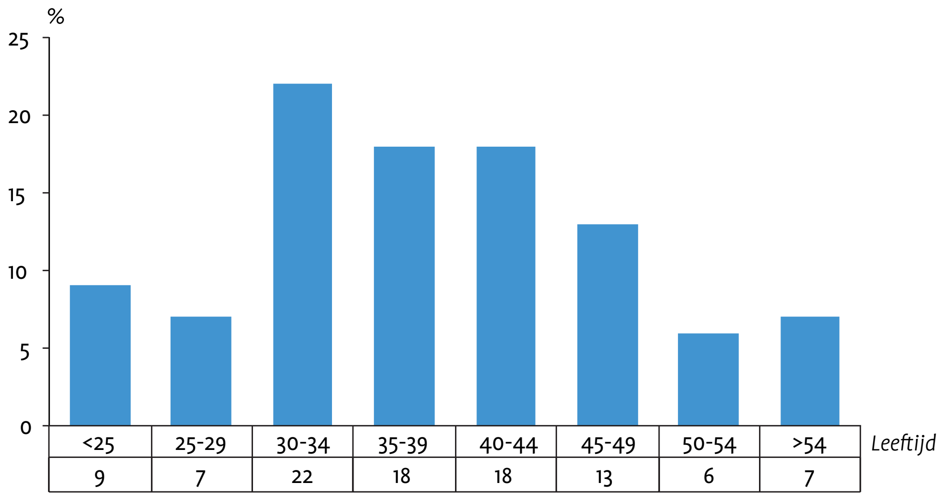
4.7 Ziekte en sterfte

- Gezondheidsproblemen, vooral door het frequent roken van crack, zijn longcomplicaties ('coke longen'), hartaanvallen, hersenbloedingen, nierinfarcten, epileptische aanvallen, uitputting en weerstandsvermindering, rusteloosheid, geïrriteerdheid, neerslachtigheid, depressies, angsten, psychose en paranoia.
- Zware cokegebruikers hebben ook meer moeite hun agressie onder controle te houden (Ernst et al., 2008; Ferwerda et al., 2012). Met name een cocaïnepsychose kan leiden tot agressief gedrag (Tang et al., 2009). Dat crackgebruikers meer agressie vertonen dan snuifcokegebruikers, ligt niet zozeer aan het middel, maar ligt meer aan de gebruikers (Vaughn et al., 2010).
- Bij jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven die excessief en langdurig cocaïne gebruiken, wordt opgefokt, paranoïde en egoïstisch gedrag gesignaleerd en een in zich zelf gekeerd zijn (Nabben et al., 2010). Ook structurele vermoeidheid als gevolg van frequent cokegebruik wordt genoemd. Verder kan door het frequent snuiven van cocaïne kan het tussenneusschot beschadigd raken (Stichting Mainline, 2008; Scheenstra et al., 2007).

De Nederlandse Doodsoorzakenstatistiek van het CBS telt nog steeds weinig (acute) sterfgevallen die te wijten zijn aan cocaïne.

- Wel vond er een stijging plaats tussen 1997 en 2002, waarna de cocaïnesterfte weer stabiliseerde. Van 1996 tot en met 2011 ging het in totaal om 309 gevallen. Tussen 2003 en 2011 schommelde het aantal rond de 21 per jaar. In 2011 ging het om 19 gevallen (zie figuur 5.8 in hoofdstuk 5).
- Figuur 4.5 geeft de verdeling naar leeftijdsgroep van alle sterfgevallen vanwege cocaïne in de periode van 2005 tot en met 2011. De meerderheid (62%) van de overledenen is 35 jaar en ouder. De piek ligt in de leeftijdsgroep 30-34 jaar. Bijna negen op de tien cocaïneslachtoffers waren man (88%).
- Het totale aantal in Nederland overleden 'cocaïnebolletjesslikkers' is niet bekend. Dit komt onder meer doordat de Doodsoorzakenstatistiek personen uitsluit die niet in het Nederlandse bevolkingsregister staan ingeschreven. De GGD Amsterdam registreerde in de periode 2002 - 2006 drie tot acht gevallen per jaar (7 in 2006). In 2007 werd slechts één geval geregistreerd, in 2008 vijf gevallen in 2009 één (vermoedelijk) geval. In 2010 waren er drie gevallen en in 2011 waren er vier gevallen.
- Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op drugs. In de overlijdensgevallen die in 2012 door het NFI werden onderzocht op drugs, werd in twaalf gevallen cocaïne aangewezen als één van de doodsoorzaken. In sommige van deze gevallen speelden naast cocaïne ook andere drugs nog een rol bij het overlijden.

Figuur 4.5 Leeftijdsverdeling van cocaïnesterfgevallen van 2005 tot en met 2011



Percentage overledenen per leeftijdsgroep. ICD-10 codes primaire doodsoorzaken: F14 en X42, X62*, Y12* (* in combinatie met code T40.5). Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.*

Internationale vergelijking
Volgens het EMCDDA (2012) lijkt acute sterfte door cocaïne maar weinig voor te komen. Sterfte door cocaïne is echter moeilijker te herkennen dan sterfte door opiaten. Daardoor zal er sprake zijn van onderregistratie van de sterfte door cocaïne. Bij sterfte door cocaïne spelen meestal ook andere drugs of alcohol een rol.

- In 2010 rapporteerden zestien landen minstens 640 aan cocaïne gerelateerde sterfgevallen. Er zijn signalen die wijzen op een dalende trend vanaf 2008 in de landen waar cocaïne het meest wordt gebruikt (Spanje, Verenigd Koninkrijk).

4.8 Aanbod en markt

Samenstelling van cocaïnemonsters

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters wordt herkend bij de instelling zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm, zoals cocaïne, worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

In 2012 werden 1 205 poeders aangeleverd die door de consument als cocaïne waren aangekocht (DIMS, 2013).

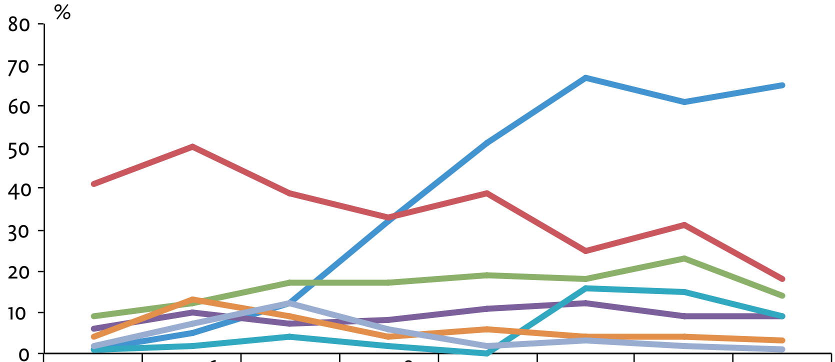
- Het merendeel (96%) van deze poeders bevatte daadwerkelijk cocaïne (overwegend hydrochloride).

- Van de poeders die werden verkocht als cocaïne, bevatte 3,2 procent geen cocaïne maar wel één of meerdere andere psychoactieve stoffen, terwijl 0,8 procent geen enkel psychoactief bestanddeel bevatte.
- Het gemiddelde gehalte cocaïne vertoont het laatste jaar een opvallende stijging van 49 procent in 2011 naar 58 procent (gewichtsprocenten) in 2012.
- Echter, tussen 2002 en 2012 is het gemiddelde gehalte cocaïne met 68 procent gedaald.

De afgelopen jaren bevatten poeders die als cocaïne zijn verkocht relatief vaak (ook) geneesmiddelen (figuur 4.6).

- Vooral het versnijdingsmiddel levamisol laat een sterk stijgende trend zien. Levamisol werd gebruikt bij de behandeling van kanker, maar is in 2004 in Nederland uit de handel gehaald voor humaan gebruik. Levamisol wordt nog wel voor veterinaire doeleinden toegepast als antiwormenmiddel. Onbekend is waarom dit middel aan cocaïne wordt toegevoegd.
- In 2012 bevatte 65 procent van de cocaïnepoeders deze stof, tegenover 12 procent in 2007. Het gehalte levamisol ligt op gemiddeld 7,5 procent, zonder duidelijke trend over de jaren.
- Gebruik van met levamisol versneden cocaïne is in Noord-Amerika in verband gebracht met het ontstaan van een gevaarlijk tekort aan witte bloedlichaampjes, waardoor de weerstand tegen ziektes vermindert (Zhu et al., 2009; Knowles et al., 2009). In Nederland en andere landen in Europa is hierover nog weinig bekend. Op basis van de beschikbare gegevens is de kans reëel dat zich ook in Nederland enkele gevallen kunnen voordoen, maar is er vermoedelijk geen sprake van een groot volksgezondheidsrisico (CAM, 2009).
- In 2012 bevatte negen procent van de cocaïnemonsters hydroxyzine, een middel dat tot 2010 amper werd aangetroffen. Hydroxyzine wordt onder andere toegepast bij spanningen en (jeukende) huidaandoeningen.
- Steeds minder cocaïnepoeders bevatten de stof fenacetine, van de helft van het aantal poeders in 2006 tot 18 procent van het aantal cocaïnepoeders dat deze stof nog bevat in 2012. Fenacetine was tot 1984 als pijnstiller geregistreerd maar het middel is vanwege mogelijk kankerverwekkende eigenschappen uit de handel genomen. De doseringen fenacetine die worden gebruikt als versnijdingsmiddel zijn echter vele malen geringer dan de therapeutische doseringen waarbij schadelijke effecten optreden.

Figuur 4.6 Percentage cocaïnepoeders met versnijdingsmiddelen, vanaf 2005



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Levamisol	1	5	12	32	51	67	61	65
Fenacetine	41	50	39	33	39	25	31	18
Cafeïne	9	12	17	17	19	18	23	14
Lidocaïne	6	10	7	8	11	12	9	9
Hydroxyzine	1	2	4	2	0	16	15	9
Procaïne	4	13	9	4	6	4	4	3
Diltiazem	2	7	12	6	2	3	2	1

Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Prijzen

Het DIMS-project en de Amsterdamse Antenne-monitor geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een gram cocaïne.

- Consumenten die in 2012 hun cocaïnemonster hebben aangeleverd bij het DIMS-project betaalden voor een gram cocaïnepoeder tussen 18 en 80 euro (gemiddeld 53 euro) (tabel 4.6, DIMS, 2013).
- De gemiddelde prijs van cocaïnepoeders schommelt al sinds 2008 rond de 50 euro per gram, zoals ook blijkt uit de mediaan die elk jaar op 50 euro lag (tabel 4.6).
- In 2012 kostte in Amsterdam volgens de Antenne-monitor een gram cocaïne tussen de 50 en 70 euro en tussen de 50 en 60 euro in de meest gangbare prijsklasse (Benschop et al., 2013).

Tabel 4.6 Prijs per gram cocaïne op consumentenniveau, van 2008 tot 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Aantal monsters (n)	637	780	979	679	401
Gemiddelde (€)	50	50	45	52	53
Mediaan (€)	50	50	50	50	50
Minimum – maximum (€)	25-70	20-80	30-75	25-80	18-80

Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

5 Opiaten

De klasse van opiaten telt vele middelen. Sommige staan bekend om het illegale gebruik ervan, zoals heroïne. Andere opiaten zijn vervangers van heroïne, zoals methadon en buprenorfine, of worden (ook) anderszins toegepast in de geneeskunde: morfine, codeïne en dergelijke. Het gaat in dit hoofdstuk vooral om heroïne en methadon.

Opiaten kunnen een roes veroorzaken maar ook een dempende werking hebben. Heroïne wordt in verschillende vormen toegediend. Tegenwoordig is de meest gangbare gebruikswijze in Nederland roken ('chinezen', roken van folie). In Nederland wordt heroïne minder vaak geïnjecteerd.

Gebruik van (illegale) opiaten vindt overwegend plaats in groepen meer of minder problematische drugsgebruikers. Incidenteel en ' recreatief' gebruik van heroïne is gerapporteerd (Korf et al., 2010) maar komt vermoedelijk sporadisch voor. Mensen bij wie het gebruik van opiaten uit de hand is gelopen nemen vaak ook andere middelen (polydrugsgebruik) op een manier die niet goed valt in te passen in een 'regulier' bestaan. Waar in dit hoofdstuk gesproken wordt over de verzamelterm 'harddrugs' is meestal minstens één opiaat in het geding en verder vooral cocaïne.

De afgelopen jaren is er veel geïnvesteerd in de behandeling en zorg van problematische opiaatgebruikers. Voorbeelden hiervan zijn de reguliere behandeling met methadon, de medische heroïneverstrekking, harm reduction via gebruikersruimten en spuitomruil en dagopvang, nachtopvang, hostels, beschermd wonen en Assertive Community Treatment binnen het kader van het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang. Speciaal voor justitiabele opiaatgebruikers is de forensische zorg uitgebreid (zie ook § 2.3.3).

5.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over opiaten in dit hoofdstuk zijn:

- Heroïnegebruik komt weinig voor in de algemene bevolking (§ 5.2) en onder scholieren (§ 5.3).
- Het aantal probleemgebruikers van opiaten is in het afgelopen decennium gedaald (§ 5.4).
- Het aantal cliënten met een primaire opiaatproblematiek daalde gestaag tussen 2002 en 2012. Nog maar weinig opiaatcliënten zijn jonger dan 30 jaar (§ 5.6).
- Misbruik en afhankelijkheid van opiaten worden in algemene ziekenhuizen zelden als hoofddiagnose gesteld. Het aantal diagnoses waarbij opiaatmisbruik- en afhankelijkheid als nevendiagnose wordt gesteld, schommelt tussen 1996 en 2011 rond gemiddeld 605 nevendiagnoses (§ 5.6).
- Het aantal nieuwe en gemelde gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers is al jaren laag. Het aantal bestaande besmettingen, vooral met hepatitis C, is in sommige steden hoog (§ 5.7).

- Tussen 1996 en 2011 daalde de sterfte specifiek gerelateerd aan opiaten, maar schommelde de totale drugsgerelateerde sterfte grosso modo rond het zelfde niveau. De gemiddelde leeftijd van overlijden blijft stijgen (§ 5.7).

5.2 Gebruik: algemene bevolking

In 1997, 2001, 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). Vanwege een landelijk afstemmingstraject van leefstijlmonitoren zullen nieuwe cijfers over het heroïnegebruik in de algemene bevolking naar verwachting pas in 2015 verschijnen (Kramers et al., 2013).

Gebruik van heroïne komt niet veel voor onder de algemene bevolking (Van Rooij et al., 2011). Vanwege verschillen in de methode van ondervragen in 2009 moeten vergelijkingen tussen peilingen voorzichtig worden gemaakt (zie ook § 3.2).

- Volgens het NPO had 0,5 procent van de Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar in 2009 ervaring met heroïne. In 2005 was dat 0,6 procent.
- De percentages recente en actuele gebruikers waren in alle peiljaren nooit groter dan 0,1 procent.
- Deze cijfers zijn vermoedelijk een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in het bevolkingsonderzoek, zoals het NPO, ondervertegenwoordigd zijn. Veel mensen die illegaal opiaten gebruiken en methadoncliënten komen niet terecht in steekproeven uit de algemene bevolking omdat zij rondzwerven, in een (justitiële) instelling verblijven, of anderszins uit beeld zijn. Zij kunnen in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek (zie § 5.3 en 5.4).

5.3 Gebruik: jongeren

Onder scholieren op middelbare scholen van het regulier onderwijs is heroïne niet populair (tabel 5.1). Maar ook bij deze lage prevalenties kan de vraag worden gesteld naar de betrouwbaarheid waarmee jongeren rapporteren ervaring te hebben met heroïne. Er zijn namelijk geen signalen zijn dat heroïnegebruik voorkomt in zulke jonge leeftijdsgroepen. Onder scholieren van het voortgezet onderwijs in Amsterdam werd in 2011 ooit en actueel heroïnegebruik niet gerapporteerd (0%; Nabben et al., 2012).

- In 2011 rapporteerde minder dan een procent van de leerlingen ervaring te hebben met heroïne. De afgelopen maand had 0,2 procent nog heroïne gebruikt. Verschillen tussen jongens en meisjes waren niet statistisch significant (Verdurmen et al., 2012).
- Het percentage scholieren dat heroïnegebruik rapporteert is in alle peiljaren gering en vertoont een licht dalende trend sinds 2003.

Tabel 5.1 Gebruik van heroïne onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988

Gebruik	1988	1992	1996	1999	2003	2007	2011
Ooit	0,7%	0,7%	1,1%	0,8%	1,1%	0,8%	0,6%
Actueel (laatste maand)	0,3%	0,2%	0,5%	0,4%	0,5%	0,4%	0,2%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

Speciale groepen

Bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen hebben iets vaker ervaring met heroïne dan hun 'doorsnee' leeftijdgenoten, maar actueel gebruik is in vrijwel alle groepen beperkt. Tabel 5.2 vat de resultaten samen van diverse, vaak lokale, studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen vaak laag, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

- De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in verschillende groepen jongeren in het Amsterdamse uitgaansleven, zoals coffeeshops, cafés en trendy clubs. In bepaalde kringen experimenteert een kleine minderheid met heroïne.
    - Onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam lag in 2008 het percentage ooitgebruikers op een procent (Benschop et al., 2009).
    - Van de cafébezoekers in Amsterdam had 1,5 procent ooit heroïne gebruikt in 2005 en 1,2 procent in 2010 (geen statistisch significant verschil, Benschop et al., 2011).
    - Onder coffeeshopbezoekers in Amsterdam lag het percentage ooitgebruikers in 2009 op drie procent. Actueel gebruik van heroïne komt in het uitgaanscircuit vrijwel niet voor (Nabben et al., 2010).
- In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde party's en festivals (Van der Poel et al., 2010). Ruim een procent van de bezoekers had ervaring met heroïne en slechts 0,1 procent was een actuele heroïnegebruiker.
- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van clubs en discotheken in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen en Drenthe), Oost (Gelderland en Overijssel), Midden (Utrecht en Flevoland), West (Noord- en Zuid-Holland) en Zuid (Noord- Brabant, Zeeland en Limburg).
    - Het percentage ooitgebruikers van heroïne varieerde van 1,5 procent in de regio West tot 0,3 procent in de regio Midden. Het percentage actuele heroïnegebruikers varieerde van 0,2 procent in de regio West tot <0,1 procent in de andere regio's.
    - Landelijk gezien had naar schatting een procent van de clubbezoekers ooit heroïne gebruikt en was naar schatting 0,1 procent een actuele heroïnegebruiker.

Probleemgroepen

- In Amsterdam speelt het gebruik van heroïne nauwelijks een rol onder jongeren in de jeugdzorg, school 'drop-outs' en de meest deviante groep van gedetineerde jongeren (Nabben et al., 2007; Benschop et al., 2013). Sleutelfiguren in Amsterdam signaleren dat heroïnegebruik vrijwel niet voorkomt onder de veelal allochtone buurtjongeren en verschillende groepen probleemjongeren, zoals jongensprostituees en dak- en thuisloze jongeren (Nabben et al., 2007; Benschop et al., 2009).
- In Gelderland hebben sleutelfiguren in 2009 alleen heroïnegebruik gesignaleerd onder jongeren in de jeugdhulpverlening. Deze jongeren gebruiken heroïne, maar ook slaap- en kalmeringsmiddelen, om te kalmeren na het gebruik van stimulerende middelen. Het komt voor dat heroïne een paar keer in de week wordt gebruikt als kalmeringsmiddel (De Jong et al., 2009).
- Vergeleken met jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam, werd op landelijk niveau onder 14- en 15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg een hoger percentage ooitgebruikers gevonden.
  - Vijf procent van deze jongeren had in 2008 ervaring met heroïne.
  - In de totale leeftijdsgroep van 12 tot en met 18 jaar had vier procent ervaring met heroïne (Kepper et al., 2009a).
- Onder jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen heeft drie procent, voorafgaand aan hun detentie, ooit heroïne gebruikt (Kepper et al., 2009b).
  - Een verschil in het ooitgebruik tussen deze jongens en de jongens in het reguliere voortgezet onderwijs is alleen gevonden voor de 17-18-jarigen.
  - In deze leeftijdsgroep had van de jongens in de justitiële jeugdinrichting zeven procent ooit heroïne gebruikt en had van de jongens in reguliere voortgezet onderwijs twee procent ooit heroïne gebruikt.
  - Heroïne werd niet gebruikt tijdens het verblijf in de justitiële jeugdinrichting.

Tabel 5.2 Gebruik van heroïne in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik	Actueel gebruik
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen					
- Cafébezoekers[I]	Amsterdam	2010	Gemiddeld 27	1,2%	<0,1%
- Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gemiddeld 25	1%	<0,1%
- Bezoekers van party's en festivals	Landelijk[II]	2008/2009	Gemiddeld 24	1,4%	0,1%
- Bezoekers van clubs en discotheken	Landelijk[II]	2008/2009	Gemiddeld 22	1,1%	0,1%
- Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	Gemiddeld 28	3%	<0,1%
Probleemgroepen					
- Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	Gemiddeld 15	4%	2%
- Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	Gemiddeld 16	1%	-
- Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[IV]	Landelijk	2009	Gemiddeld 16	3%	1%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet onderling vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (19%) III. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. IV. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's.

Bronnen: Antenne 2010, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2011); Antenne 2008, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2009); Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/UvA (Van der Poel et al., 2010); Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a); Antenne 2012, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2013).

5.4 Problematisch gebruik

De beschikbare schattingen maken meestal geen duidelijk onderscheid tussen probleemgebruikers van opiaten en andere harddrugs (zie bijlage A voor een definitie van problematisch gebruik). De schattingen in tabel 5.3 betreffen voornamelijk regelmatige gebruikers van illegale opiaten of van methadon, die doorgaans ook andere middelen gebruiken, zoals cocaïne (crack), alcohol en slaap- of kalmeringsmiddelen.

- Volgens de laatste schatting voor 2008 bedraagt het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland ongeveer 17 700 (Cruts en Van Laar, 2010; Buster et al.,

2009; Biesma et al., 2009; Schoenmakers et al., 2009, 2009a; Ouwehand et al., 2010). Een nieuwe schatting voor 2012 zal in het najaar van 2013 verschijnen.

- In 2008 waren naar schatting zes op de tien problematische opiaatgebruikers sociaal gemarginaliseerd vanwege criminele activiteiten, een psychiatrisch ziektebeeld, een overlastgevende levensstijl, of een instabiele woonsituatie.
- De resterende groep problematische opiaatgebruikers was relatief gesproken meer sociaal geïntegreerd, voor een deel vanwege de stabilisatie op methadon of de medische verstrekking van heroïne.

• Tussen 2001 en 2008 is het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland gedaald, maar vanwege methodologische verschillen tussen de schatting van 2001 en 2008 valt niet precies aan te geven hoe groot deze daling is.
• Per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar waren er in 2008 in Nederland ongeveer 1,6 probleemgebruikers van opiaten.

Tabel 5.3 Schattingen van het aantal probleemgebruikers van harddrugs en het aantal per 1 000 inwoners van 15 tot en met 64 jaar[I]

Bereik	Jaar	Aantal	Aantal per 1 000 inwoners van 15-64 jaar
Landelijk	2008	17 700 (17 300 - 18 100)	1,6
Amsterdam	2009	3 023	5,5
Enschede	2008	761	7,1
	2009	581	5,4
	2010	649	6,0
Hengelo	2005	191	3,7
Almelo	2006	200	4,2
Apeldoorn	2007	432	4,7
Oost-Veluwe[II]	2004-2008	rond de 500	-

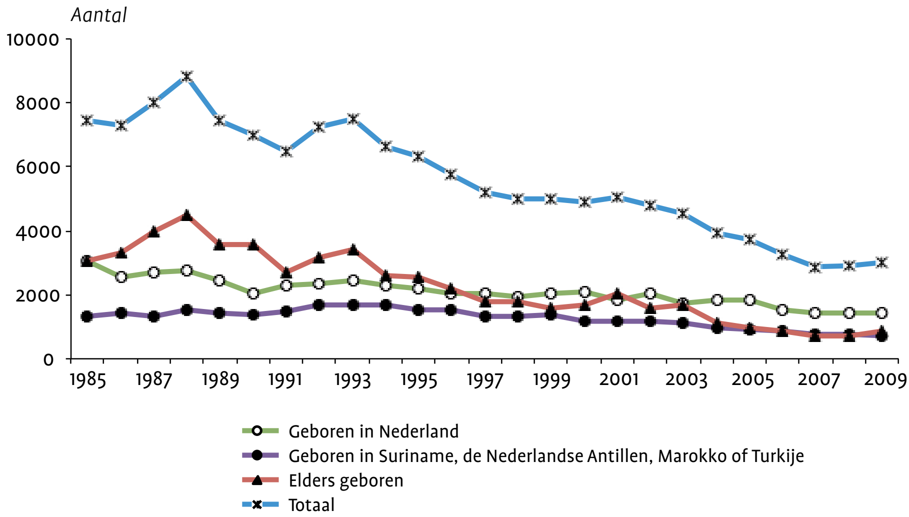
I. Vanwege verschillen in definities en methoden dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. In Amsterdam, Leeuwarden, Enschede, Almelo, Apeldoorn, Oost-Veluwe en bij de landelijke schatting gaat het om schattingen van probleemgebruikers van (ook) opiaten. II. De regio Oost-Veluwe bestaat uit de gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe, Heerde en Voorst. Voor 2009-2010 konden hier nog geen schattingen worden gemaakt (Boendermaker et al., 2011). Bronnen: Trimbos-instituut, GGD Amsterdam, Intraval.

Figuur 5.1 geeft de ontwikkeling weer van het aantal probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam volgens schattingen van de GGD Amsterdam.

• De omvang van deze groep bereikte pieken in 1988 en 1993 en liep toen terug. Dit kwam vooral door een daling in het aantal buitenlanders, vooral Italianen en Duitsers. In de afgelopen jaren is echter in alle groepen een daling waargenomen.
• Tussen 2007 en 2009 bleef het aantal probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam ongeveer op hetzelfde niveau.

- In 2009 telde Amsterdam naar schatting 3 023 probleemgebruikers van opiaten. Van hen was 48 procent geboren in Nederland, 24 procent in Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko of Turkije en was 28 procent elders geboren.

Figuur 5.1 Probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam, vanaf 1985



Aantal probleemgebruikers. Bron: GGD Amsterdam.

De schatting van het aantal probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam (figuur 5.1) loopt tot en met 2009. Met ingang van 2010 is via de methode die hiervoor werd gebruikt geen betrouwbare schatting meer te geven (Buster en Van Brussel, 2011). Desondanks zijn er indicaties dat ook in 2010 de dalende trend in het heroïnegebruik in Amsterdam zich heeft voortgezet.

- In de vrijwillige ambulante methadonbehandeling daalde het aantal patiënten namelijk van 2 533 in 2005 naar 2 270 in 2010. Op de politiebureaus daalde dit aantal in deze periode van 1 152 naar 484 methadonpatiënten.
- De 'overblijvende' groep opiaatgebruikers is minder problematisch dan een decennium geleden, zoals blijkt uit het dalend percentage methadoncliënten bij de GGD Amsterdam met een politiecontact (30% in 2004 en 14% in 2010), de daling van het percentage spuiters (zie 'wijze van gebruik') en de toegenomen therapietrouw van methadoncliënten.

Leeftijd

De populatie heroïnegebruikers veroudert.

- In Amsterdam steeg de gemiddelde leeftijd van de methadonpatiënten van 32 jaar in 1989 naar vijftig jaar in 2010 (Buster en Van Brussel, 2011). De helft van de patienten was tussen de 45 en 55 jaar oud. Landelijke cijfers van de verslavingszorg (zie

§ 5.6) en de sterfte onder opiaatgebruikers (zie § 5.7) wijzen op een zelfde trend.
- De veroudering van de groep heroïnegebruikers gaat gepaard met toenemende lichamelijke en psychische gezondheidsklachten.

Wijze van gebruik

Het gebruik van opiaten is vooral riskant voor de gezondheid als de opiaten intraveneus worden gebruikt. In de loop van de jaren zijn gebruikers van opiaten minder intraveneus gaan gebruiken.

- In het veldonderzoek uit 2008 onder 442 problematische opiaatgebruikers in acht steden (Cruts en Van Laar, 2010) bleek 46 procent ooit een drug intraveneus te hebben gebruikt (Trimbos-instituut, 2008). Binnen de groep die wel eens drugs intraveneus had gebruikt, bleek 29 procent dat nog steeds te doen. Van alle problematische opiaatgebruikers uit het veldonderzoek bleek 13 procent momenteel drugs intraveneus te gebruiken.
- Via het percentage intraveneuze gebruikers uit het veldonderzoek (13%) en de schatting van het totaal aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland (17 700) kan het totaal aantal intraveneus gebruikende opiaatgebruikers worden geschat. In 2008 waren er dan naar schatting ongeveer 2 300 intraveneus gebruikende opiaatgebruikers.
- Het percentage opiaatcliënten van de verslavingszorg dat in het afgelopen jaar intraveneus had gebruikt daalde van circa veertien procent in 2003 naar ruim elf procent in 2013. Het percentage actuele (laatste maand) intraveneuze gebruikers was minder dan negen procent. Vanwege de daling in het aantal opiaatcliënten (zie § 5.6) is het absolute aantal intraveneus gebruikende opiaatcliënten meer dan gehalveerd in de afgelopen tien jaar.
- De jarenlange daling in het aantal naalden en spuiten dat wordt omgeruild bij spuitomruilprogramma's in Amsterdam en Rotterdam is ook een indicatie voor de afname van het intraveneus gebruiken van opiaten (zie § 5.7 onder Risicogedrag).
- In Amsterdam wordt de daling van het aantal intraveneus gebruikende opiaatgebruikers toegeschreven aan een aantal factoren (Van Brussel en Buster, 2011):
    - de verminderde toestroom en toegenomen remigratie van voornamelijk Duitse en Italiaanse drugsgebruikers;
    - de grotere sterfte onder intraveneus gebruikende drugsgebruikers als gevolg van hiv en aids;
    - stoppen met intraveneus gebruik vanwege gezondheidsredenen;
    - toegenomen populariteit van rookbare cocaïne (crack of basecoke);
    - daling van de instroom van nieuwe drugsgebruikers en afname van intraveneus gebruik als voornaamste toedieningswijze voor drugs onder deze nieuwkomers.

5.5 Gebruik: internationale vergelijking

Gebruik scholieren

- Volgens de ESPAD-peiling kwam in 2011 het percentage ooitgebruikers van heroïne onder vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa slechts in twee landen boven de twee procent uit. Alleen in Cyprus en Monaco lag het percentage ooitgebruik van heroïne op 3 procent.
- In Nederland beweerde een procent van de scholieren ooit heroïne te hebben gebruikt (Hibell et al., 2012).

Probleemgebruik

- De Europese Unie en Noorwegen samengenomen telden in 2011 naar schatting 1,4 miljoen probleemgebruikers van opiaten. Dat zijn er circa 4,1 per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Het aantal probleemgebruikers van alle harddrugs is hoger, want in sommige landen zijn er substantiële aantallen probleemgebruikers van amfetamine en cocaïne (EMCDDA, 2013).
- De schattingen zijn berekend met verschillende statistische methoden. Tabel 5.4 geeft de laagste en hoogste cijfers per land. Vanwege verschillen in definities en methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd.
- In de veertien landen van de EU-15 en Noorwegen waarvoor nationale schattingen beschikbaar zijn, variëren de aantallen van een ondergrens van een tot een bovengrens van tien probleemgebruikers van harddrugs per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Nederland en Spanje staan onderaan in deze lijst. Denemarken en het Verenigd Koninkrijk gaan aan kop.
- In de nieuwe lidstaten en de kandidaat-lidstaten varieert het aantal probleemgebruikers per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar van circa 0,2-0,5 in Turkije tot 5,0-9,9 in Letland.

Tabel 5.4 Probleemgebruikers van harddrugs in 14 lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen

Land	Jaar	Aantal per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar	
		Centrale schatting	Ondergrens – bovengrens[I]
Denemarken	2009	9,1	8,6 - 9,7
Verenigd Koninkrijk	2004-2010	-	8,0 - 8,6
Ierland	2006	7,2	6,2 - 8,1
Portugal	2005	-	6,2 - 7,4
Oostenrijk	2011	-	5,2 - 5,5
Luxemburg	2007	-	5,0 - 7,6
Zweden	2007	4,9	-
Italië	2011	-	4,3 - 5,4
Finland	2005	4,8	4,2 - 5,5
Frankrijk	2008	-	3,7 - 9,5
Duitsland	2010	-	2,9 - 3,4
Griekenland	2011	-	2,5 - 3,0
Noorwegen	2008	3	2,1 - 3,9
Nederland	2008	1,6	1,56 - 1,64
Spanje	2010	-	1,1 - 1,3

Probleemgebruikers volgens de EMCDDA-definitie van probleemgebruik: langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen. Vanwege verschillen in methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Voor België zijn geen gegevens beschikbaar. - = gegevens ontbreken. De schattingen hebben in de meeste landen betrekking op opiaatgebruikers, die ook andere middelen gebruiken. In Italië, en vooral Spanje, maken ook probleemgebruikers van cocaïne een belangrijk deel uit van de totale schatting van het aantal probleemgebruikers. In Finland en Zweden zijn amfetaminegebruikers in de meerderheid. In Tsjechië (niet in de tabel vermeld) tellen zowel opiaatgebruikers als methamfetaminegebruikers mee. I. Uiterste waarden op basis van 95% betrouwbaarheidsintervallen of sensitiviteitsanalyse. Bronnen: EMCDDA, Trimbos-instituut (Cruts en Van Laar, 2010).

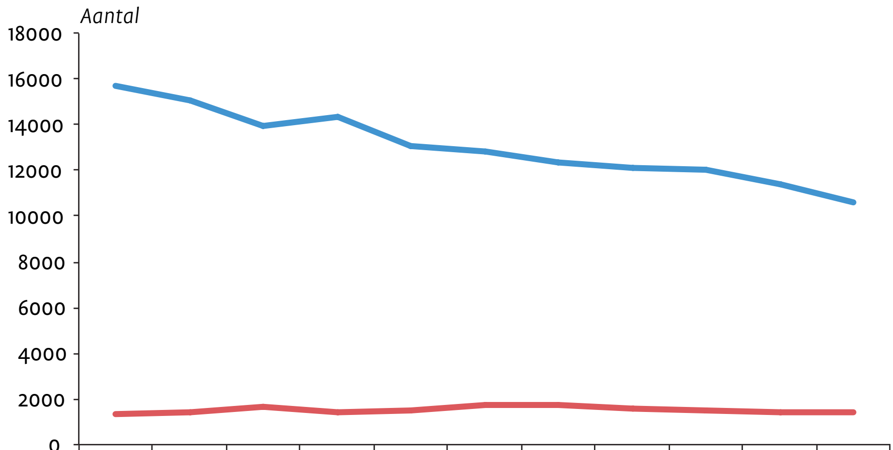
5.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn verschillende gespecialiseerde instellingen actief binnen de verslavingszorg. Deze instellingen sturen anonieme gegevens over de hulpverlening naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink et al., 2012, 2013). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) In vorige jaren bevatte het LADIS ook gegevens van de verslavingsreclassering. Vanwege technische problemen zijn in dit NDM Jaarbericht de reclasseringsgegevens niet meer meegenomen. De LADIS-cijfers in dit Jaarbericht, van 2002 tot en met 2012, vallen daardoor lager uit dan de LADIS-cijfers in voorafgaande Jaarberichten.

- Het aantal cliënten met een primaire opiaatproblematiek daalde tussen 2002 en 2012 met 33 procent (figuur 5.2).
- Het aandeel van opiaten in alle verzoeken om hulp vanwege drugs daalde van 60 procent in 2002 naar 34 procent in 2012. Dit komt mede door de groei in de afgelopen jaren van het aantal cliënten met een ander drugsprobleem, zoals cannabis en cocaïne.
- De meeste cliënten klopten al eerder aan bij de verslavingszorg. Slechts 3 procent werd ingeschreven in 2012 en stond niet eerder ingeschreven. In 2002 was nog 7 procent een nieuwkomer.
- Bijna zes van de tien primaire opiaatcliënten rapporteerden ook problemen met andere middelen (58%). Deze groep had voornamelijk een secundair probleem met cocaïne of crack (52%) gevolgd door alcohol (13%). Van de primaire opiaatcliënten rapporteerde 42 procent geen bijmiddel.
- Opiaten worden minder vaak als secundair probleem genoemd (figuur 5.2). Voor deze groep is het primaire probleem voornamelijk cocaïne of crack (64%), of alcohol (28%).

Figuur 5.2 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]) met primaire of secundaire opiaatproblematiek, vanaf 2002



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Primair	15733	15084	13955	14384	13068	12831	12318	12077	12008	11365	10605
Secundair	1302	1433	1640	1455	1463	1700	1728	1558	1509	1428	1454

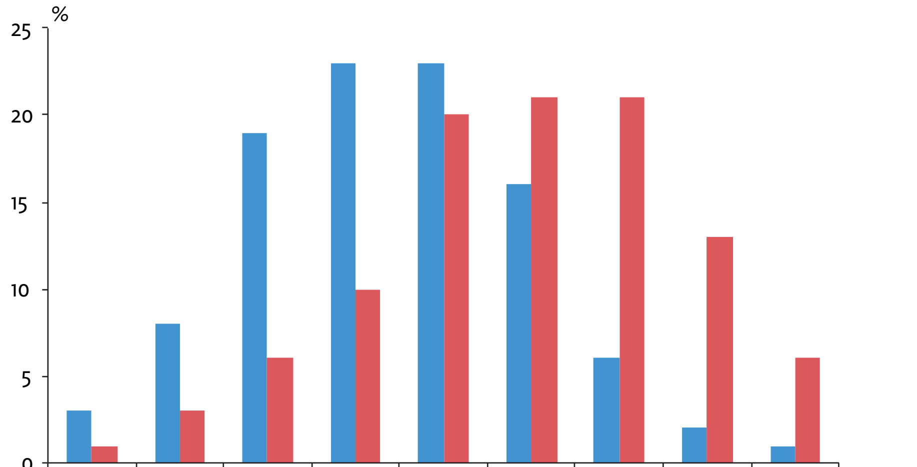
Aantal cliënten. I. De cijfers in dit figuur zijn lager dan in eerdere NDM Jaarberichten, doordat in dit Jaarbericht de gegevens van de verslavingsreclassering niet zijn meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

Leeftijd en geslacht

- In 2012 was 81 procent van de primaire opiaatcliënten man.
- De gemiddelde leeftijd stijgt. In 2012 was de gemiddelde leeftijd van de opiaatcliënten 47 jaar; in 2002 was dat nog 39 jaar. In 2012 was van de opiaatcliënten 81 procent ouder dan 39 jaar. In 2002 was dit nog maar 48 procent (figuur 5.3).

- Het aandeel van de jonge opiaatcliënten (20-29 jaar) daalde van 11 procent in 2002 naar 4 procent in 2012 (figuur 5.3).

Figuur 5.3 Leeftijdsverdeling van primaire opiaatcliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[I]). Peiljaren 2002 en 2012



	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>59
2002	3	8	19	23	23	16	6	2	1
2012	1	3	6	10	20	21	21	13	6

Percentage cliënten per leeftijdsgroep. De percentages in dit figuur voor 2002 zijn iets anders dan in eerdere NDM Jaarberichten, doordat in dit Jaarbericht de gegevens van de verslavingsreclassering niet zijn meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

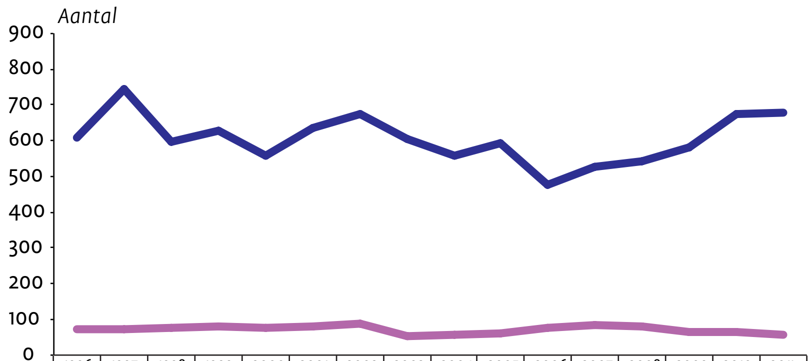
Algemene ziekenhuizen

Misbruik en afhankelijkheid van opiaten worden in algemene ziekenhuizen zelden als hoofddiagnose gesteld.

- In 2011 telde de Landelijke Medische Registratie (LMR) 55 opnames voor de hoofddiagnose opiaten (58% afhankelijkheid en 42% misbruik, figuur 5.4).
- Vaker komen opiaatmisbruik en -afhankelijkheid als nevendiagnose voor (679 in 2011). Tussen 1996 en 2011 schommelt dit aantal tussen gemiddeld 605 nevendiagnoses (figuur 5.4).
- De hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses lopen sterk uiteen. Het meest vielen in 2011 op:
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (27%);
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel (13%);
  - letsel door ongevallen (11%; breuken, wonden, hersenschudding);
  - vergiftiging (5%);
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs (4%);
  - huidaandoeningen (4%).

- De gemiddelde leeftijd van de opiaatpatiënten in 2011 (hoofd- en nevendiagnoses samengenomen) was 46 jaar; 71 procent was man. In 2005 was de gemiddelde leeftijd nog 41 jaar.
- In 2011 registreerde de LMR bovendien 155 klinische opnames door onopzettelijke vergiftiging met opiaten als nevendiagnose (ICD-9 codes E850.0 t/m E850.2).

Figuur 5.4 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan opiaatmisbruik en -afhankelijkheid, vanaf 1996



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Opiaten als nevendiagnose	607	742	596	627	558	634	674	606	556	594	476	525	542	580	676	679
Opiaten als hoofddiagnose	71	71	76	79	75	81	88	51	57	61	78	84	79	65	63	55

Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 304.0, 304.7, 305.5 (zie bijlage B). Bron: LMR, DHD.

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut. De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) van de GGD Amsterdam registreert al sinds langere tijd het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp wegens drugsgebruik in Amsterdam en omgeving, maar data voor 2012 ontbreken. Voor de gegevens van de CPA in voorgaande jaren wordt verwezen naar het NDM Jaarbericht 2011.

Sinds 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Vogels en Croes, 2013). In 2012 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege het ontbreken van de registratiecijfers uit 2012 van de CPA in Amsterdam zijn de cijfers van deze dienst over alle jaren buiten deze rapportage gehouden, om een vergelijking over jaren mogelijk te maken. De CPA Amsterdam levert de ambulance cijfers uit Amsterdam en de regio Purmerend.

- In 2012 werden in totaal 2 961 drugsincidenten gemeld. Bij 116 meldingen waren heroïne of methadon betrokken; hiervan was in 59 gevallen heroïne of methadon als enige drug gemeld (met of zonder alcohol).
- In tabel 5.5 worden de heroïne en methadon incidenten samengevat over de periode 2009-2012. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst. In deze periode werden in totaal 8 661 unieke drugs-incidenten gemeld (exclusief de incidenten van de ambulances Amsterdam en Purmerend), waarvan 199 incidenten met heroïne of methadon (of de combinatie) als enige drug(s).
  - Acute gezondheidsincidenten met heroïne of methadon worden door ambulances, ziekenhuizen en politieartsen gemeld, maar komen op grootschalige evenementen nagenoeg niet voor.
  - Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. In meer dan de helft van de incidenten is de mate van intoxicatie matig of ernstig.
  - Vergeleken met de andere drugs zijn patiënten met een gezondheidsincident na gebruik van heroïne of methadon relatief oud.
- Bij de incidenten met heroïne of methadon zijn in minder dan de helft van de gevallen ook andere drugs betrokken.
  - 62 procent van de patiënten heeft uitsluitend heroïne of methadon, al dan niet in combinatie met alcohol gebruikt.
  - Bij de andere patiënten was de combinatie met cocaïne (basecoke en cocaïne-HCl) het belangrijkst.

Tabel 5.5 Incidenten met heroïne of methadon als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2012

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal)	94 (5%)	50 (3%)	54 (5%)	1 (<1%)
Man	71%	88%	85%	
Leeftijd (mediaan)	43	41	41	
Mate van intoxicatie*				
- Licht[I]	18%	48%	40%	
- Matig[II]	61%	12%	42%	
- Ernstig[III]	21%	40%	19%	

** Percentages berekend op de bekende aantallen (valide percentages). De registraties van de CPA Amsterdam (ambulancedata) zijn in deze tabel niet opgenomen. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Vogels en Croes, 2013).*

.

5.7 Ziekte en sterfte

Hiv

Door het spuiten met besmette naalden of door onveilige seks lopen gebruikers van harddrugs gevaar om geïnfecteerd te raken met hiv, het virus dat aids veroorzaakt. De belangrijkste nationale bron voor informatie over het aantal hiv-infecties is de hiv/aids registratie van de Stichting HIV Monitoring. Daarnaast zijn er lokale bronnen, waaronder de GGD-en uit Amsterdam en Rotterdam, de verslavingszorg in Zuid-Limburg en het langlopende onderzoek in Amsterdam onder drugsgebruikers, de Amsterdamse Cohort Studies. De gegevens uit al deze bronnen wijzen erop dat in Nederland de aanwas van nieuwe hiv-infecties onder (ooit) injecterende drugsgebruikers gering blijft, maar dat het percentage drugsgebruikers dat al is besmet sterk wisselt tussen de regio's.

De Stichting HIV Monitoring verzamelt longitudinale gegevens van alle met hiv geïnfecteerde personen die worden aangemeld in de hiv behandelcentra. Uit gegevens van de Stichting HIV Monitoring blijkt dat van alle geregistreerde nieuwe hiv-infecties in Nederland nog maar minder dan één procent jaarlijks is toe te schrijven aan injecterend drugsgebruik.

- In 2012 was injecterend drugsgebruik bij vier van de 843 nieuw aangemelde personen met een hiv-infectie (0,5%) de meest waarschijnlijke oorzaak van besmetting (tabel 5.6) (Soetens et al., 2013). Het betrof vier mannen.
- Tot en met 2012 was van de totale groep van 20 528 geregistreerde hiv-geïnfecteerde personen bij 737 personen (4%) injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijke transmissie route. Zowel het absolute als het relatieve aantal nieuwe hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers in de hiv behandelcentra is sinds een aantal jaar aan het dalen. Van alle tot en met 2000 nieuw aangemelde hiv-geïnfecteerden was acht procent geassocieerd met injecterend drugsgebruik. De laatste jaren is de bijdrage van injecterend drugsgebruik onder de nieuwe meldingen minder dan twee procent. In absolute aantallen ging het de afgelopen vijf jaar om minder dan tien gevallen per jaar.

Tabel 5.6 Percentage geregistreerde hiv-infecties uitgesplitst naar belangrijkste wijze van overdracht

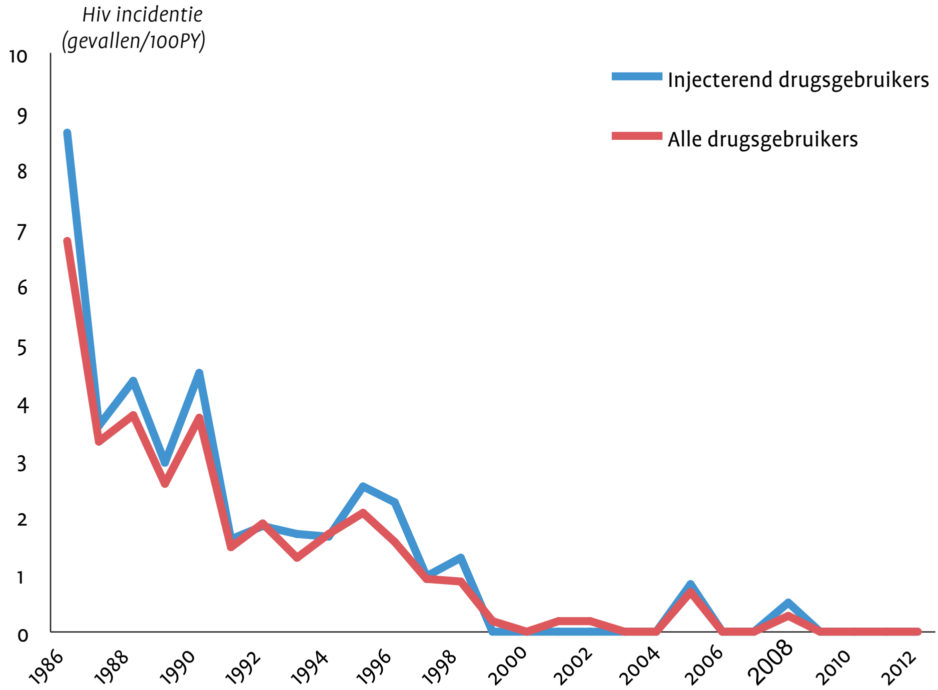
Transmissiegroep	Hiv gevallen gediagnosticeerd in 2012	Aandeel in totaal aantal geregistreerde hiv gevallen	Aandeel mannen[II]
Totaal (aantal)	843	20 528	80%
Percentage injecterende drugsgebruikers	<1%	4%	73%
Percentage mannen die seks hebben met mannen	67%	57%	100%
Percentage heteroseksueel contact	28%	31%	44%
Percentage overige categorieën[I]	5%	8%	75%

I. Inclusief ontvangers van bloedproducten, prikaccidenten, moeder-kind overdracht en overige/onbekende oorzaken. De aantallen worden voortdurend aangepast wegens vertraagde meldingen. II. Van het cumulatieve aantal per transmissiegroep. Bron: RIVM (Soetens et al., 2013).

Een tweede bron voor hiv data zijn de Amsterdamse Cohort Studies. In dit langlopend onderzoek werd in de afgelopen twintig jaar een sterke daling gevonden van het percentage hiv-positieve drugsgebruikers en speciaal ook onder jonge drugsgebruikers (< 30 jaar tijdens inclusie in de studie).

- Het aantal nieuwe hiv-diagnoses onder ooit-injecteerders daalde van 8,5 per 100 persoonsjaren in 1986 naar ongeveer 0 sinds 2000. Tussen 2000 en 2012 werden alleen twee gevallen vastgesteld in 2005 en een geval in 2008 (Soetens et al., 2013) (figuur 5.5).
- De daling in overdracht van hiv onder de drugsgebruikers kan gedeeltelijk worden verklaard door de afname in injecteren en de afname in het delen van naalden en spuiten, hoewel seksueel risicogedrag nog steeds voorkomt. In tegenstelling tot de afname van nieuwe hiv-gevallen onder drugsgebruikers schommelde de afgelopen tien jaar het aantal nieuw gevonden hiv-infecties onder mannen die seks hebben met mannen tussen 1,5 en 2 gevallen per 100 persoonsjaren. In deze groep is het seksueel risicogedrag nog steeds aanzienlijk (www.amsterdamcohortstudies.org).
- Ook deelname aan zowel laagdrempelige methadonprogramma's én spuitomruil-programma's reduceert de kans op besmetting met hiv (en hepatitis C) (Van den Berg et al., 2007).

Figuur 5.5 Jaarlijkse hiv-incidentie onder injecterende drugsgebruikers en alle drugsgebruikers in de Amsterdamse Cohort Studies, 1986-2011



PY= persoonsjaren. Bron: Amsterdamse Cohort Studies (Soetens et al., 2013).

Overige (lokale) bronnen

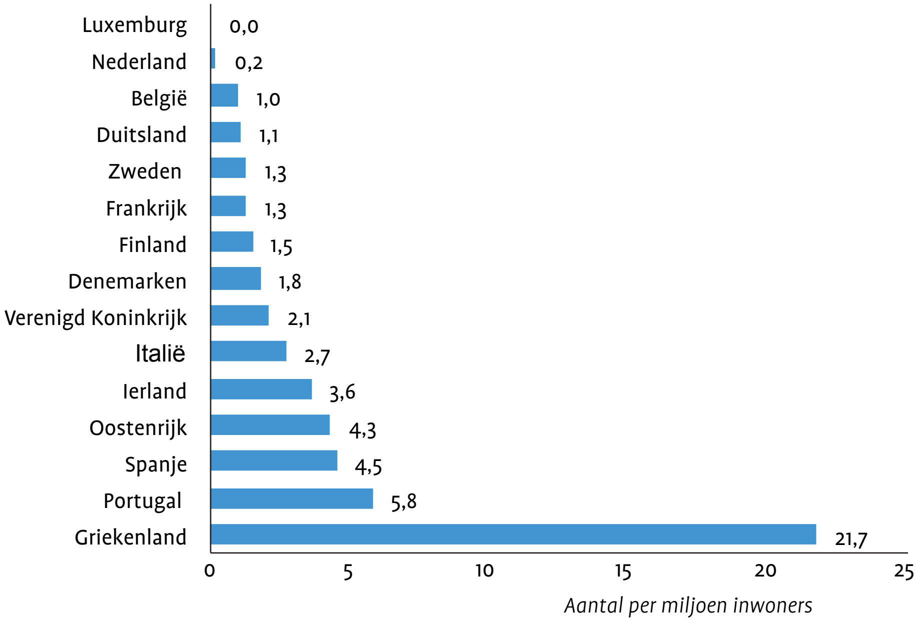
- In Amsterdam worden de meeste methadon behandelcentra gecoördineerd door de GGD. Als onderdeel van de methadonbehandeling worden de patiënten regelmatig getest op drugsgerelateerde infectieziekten. In 2011 werden 27 injecterende drugsgebruikers onderzocht op de aanwezigheid van hiv antistoffen; één van hen had een positieve testuitslag. Ook onder niet-injecterende, problematische drugsgebruikers was het aantal nieuw gevonden hiv-infecties laag: onder de 198 geteste personen werden twee nieuwe infecties gezien (1%) (bron: GGD Amsterdam).

Internationale vergelijking

Het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving rapporteert over het vóórkomen van besmetting met hiv onder injecterende drugsgebruikers in lidstaten van de Europese Unie (EMCDDA, 2012). De gegevens stammen uit uiteenlopende bronnen en verschillen in dekkingsgraad. De situatie op lokaal niveau kan sterk verschillen van het algemene landelijke beeld. De cijfers zijn daarom niet goed vergelijkbaar en geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad.

- Sinds een aantal jaar blijft in de meeste landen van de Europese Unie het aantal nieuwe hiv-infecties gerelateerd aan injecterend drugsgebruik laag. Het beperkte aantal gemelde nieuwe hiv-infecties kan voor een deel verklaard worden door de toegenomen beschikbaarheid van preventie, behandeling en schadebeperkende maatregelen. Ook speelt de dalende populariteit van het injecteren van drugs een rol. In 2010 (het jaar waarover het meest recente overzicht beschikbaar is) werd in de Europese Unie bij 1 192 injecterende drugsgebruikers een nieuwe hiv infectie gediagnosticeerd. Dat komt neer op een gemiddelde van 2,54 nieuw gediagnosticeerde gevallen per miljoen inwoners. De Europese Unie steekt in dit opzicht positief af tegen de rest van de wereld. In de Verenigde Staten werden in 2009 19,7 nieuwe gevallen per miljoen inwoners gerapporteerd; in Rusland 104,3 per miljoen, en Oekraïne meldde in 2010 151,5 nieuwe hiv-positieve injecterend drugsgebruikers per miljoen inwoners (EMCDDA, 2012a).
- Er bestaat echter ook in de EU een aanzienlijke regionale of lokale spreiding van hiv-besmetting. In Griekenland en Roemenië hebben in 2011 en 2012 nieuwe hiv-uitbraken onder injecterende drugsgebruikers plaatsgevonden. De vijf EU landen die tussen 2005 en 2010 de hoogste hiv-besmettingsgraad hadden zijn Estland, Letland, Litouwen, Spanje en Portugal (EMCDDA, 2012a).
- In de EU-15 behoort Nederland tot de landen met het laagste aantal nieuw gediagnosticeerde hiv infecties onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners (figuur 5.6).

Figuur 5.6 Aantal nieuw gediagnosticeerde hiv gevallen onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners in landen van de EU-15, peiljaar 2011



Bron: EMCDDA.

Hepatitis B en C

Een chronische infectie met het hepatitis B of hepatitis C virus kan ernstige vormen van leverontsteking veroorzaken. Het hepatitis B virus wordt overgedragen door bloed-bloedcontact of door onveilig seksueel contact. Hepatitis C kan vrijwel alleen worden overgedragen door direct bloed-bloed contact. Hepatitis C is veel besmettelijker dan hiv en kan ook worden overgedragen door het delen van besmette (spuit)attributen anders dan naalden. In Nederland behoren injecterende drugsgebruikers tot de groepen met de grootste aantallen besmetting met hepatitis C.

Hepatitis B en C komen in de algemene Nederlandse bevolking niet veel voor.

- Gegevens uit de PIENTER-2 studie, een nationaal dwarsdoorsnedeonderzoek in de bevolking van 0-79 jaar in 2006 en 2007, toonde aan dat 3,5 procent van de bevolking ooit een hepatitis B infectie had doorgemaakt en 0,2 procent een huidige besmetting had (Hahné et al., 2012). De prevalentie van hepatitis C kwam uit op 0,30 procent.
- Gegevens over het vóórkomen van hepatitis B en C onder (al dan niet injecterende) drugsgebruikers worden niet systematisch verzameld. Voor zover er Nederlandse gegevens beschikbaar zijn, tonen deze aan dat acute besmettingen met beide virussen bij drugsgebruikers zelden worden opgemerkt. Chronische besmetting met

hepatitis B of C komt echter vaker voor onder drugsgebruikers dan in de algemene bevolking.
- Acute hepatitis C infectie is een meldingsplichtige ziekte. Van de 36 meldingen van een acute of recente hepatitis C infectie bij het RIVM in 2012 was in 33 gevallen de transmissieroute bekend; bij één (3%) van hen ging het om injecterend drugsgebruik (bron: RIVM).
- Van de 166 nieuwe gevallen van acute hepatitis B infectie in 2012 was in 116 gevallen de oorzaak van besmetting bekend. In geen van deze gevallen was er een relatie met injecterend drugsgebruik. Het aantal gemelde acute gevallen van hepatitis B gerelateerd aan drugsgebruik blijft al jaren beperkt tot nul of één (bron: RIVM).
- Het totaal aantal gemelde chronische hepatitis B infecties in 2012 was 1 295, waarvan bij 986 meldingen de transmissieroute bekend was. In 7 gevallen (0,5%) was injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijke bron (bron: RIVM).

Verschillende bronnen geven informatie over de chronische besmetting van drugsgebruikers met hepatitis B en C.
- Van november 2002 tot en met december 2011 werd een nationaal hepatitis B vaccinatieprogramma uitgevoerd onder verschillende risicogroepen, waaronder drugsgebruikers. Vanaf januari 2012 wordt het programma nog wel voortgezet onder andere risicogroepen (mannen die seks hebben met mannen en prostituees). In het programma werd een brede definitie van "drugsgebruiker" gehanteerd. 17 859 drugsgebruikers ontvingen een eerste vaccinatie en 9 procent van hen bleek immuun te zijn. In de loop van het vaccinatieprogramma daalde het aantal drugsgebruikers bij wie immuniteit werd gevonden, wat erop wijst dat de hoogste risicogroepen in het begin van het programma werden bereikt. Chronisch dragerschap van het virus (en daarmee besmettelijkheid) was aanwezig bij 0,8 procent (Trienekens et al., 2012).
- Op basis van gegevens uit de Amsterdamse Cohort Studies is berekend dat in Amsterdam 81 procent van de 4 353 (ooit)injecterende drugsgebruikers is besmet met hepatitis C (Matser et al., 2011). Het aantal nieuwe besmettingen met HCV is in Amsterdam echter gering en er worden nauwelijks nog nieuwe besmettingen gevonden (Grady et al., 2012).
- Uit de registratie van de Stichting HIV Monitoring blijkt dat meer dan 10 procent van de hiv-positieve drugsgebruikers een co-infectie heeft met hepatitis B en meer dan de helft chronisch is geïnfecteerd met hepatitis C (Van Sighem et al., 2012). Patiënten met een co-infectie hebben over het algemeen een slechtere behandeluitkomst en een eerdere verslechtering van hun leverziekte.
- De bovenstaande gegevens zijn niet representatief voor alle drugsgebruikers. Dat komt ondermeer omdat vooral de drugsgebruikers die in contact staan met de verslavingszorg worden bereikt, en ook omdat binnen deze groep selectie plaatsvindt in wie wel of niet wordt getest.

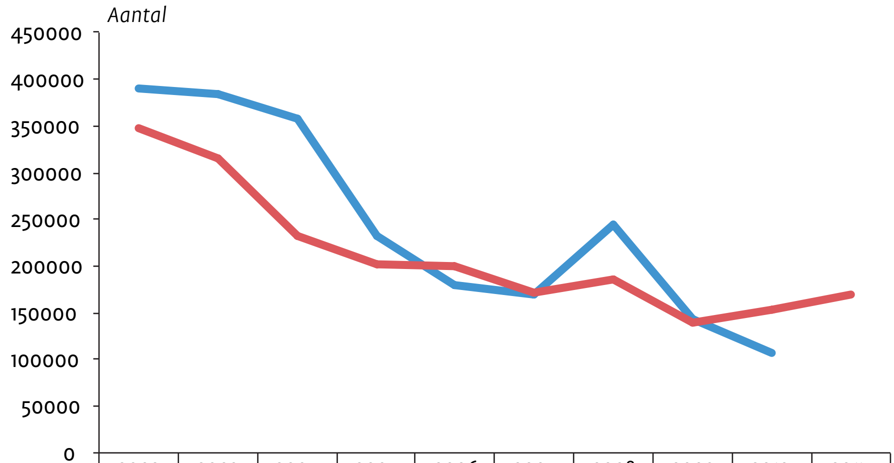
Internationale vergelijking
Gegevens over hepatitis B en C zijn niet goed vergelijkbaar tussen landen vanwege verschillen in bronnen en methoden. Zij geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad. De gegevens bevestigen wel dat injecterende drugsgebruikers in Europa een belangrijke risicogroep zijn voor virale hepatitis.

- Cijfers van het EMCDDA geven aan dat, net als in Nederland, in de lidstaten van de EU besmetting met hepatitis C zeer frequent voorkomt onder injecterende drugsgebruikers. In zeven van de elf landen waar nationale cijfers beschikbaar zijn wordt onder groepen injecterende drugsgebruikers een besmettingsgraad van meer dan veertig procent gerapporteerd (EMCDDA, 2012a).
- Uit studies onder jonge drugsgebruikers en drugsgebruikers die pas recent (minder dan twee jaar geleden) zijn gaan injecteren blijkt dat drugsgebruikers hepatitis C al vroeg in hun “gebruikscarrière” oplopen. Dat impliceert dat effectieve preventieve maatregelen vanaf het begin moeten worden ingezet.
- In de landen waar gegevens beschikbaar zijn blijkt 32 procent van de gemelde acute HCV gevallen met een bekende besmettingsroute veroorzaakt te worden door injecterend drugsgebruik. Voor de acute gevallen van hepatitis B met een bekende besmettingsroute is dat 12 procent (EMCDDA, 2012). Injecterend drugsgebruik is in Europa nog een belangrijke bron voor de verspreiding van hepatitis B en C.

Risicogedrag
Zowel het lenen van gebruikte spuiten door injecterende drugsgebruikers als het injecteren zelf zijn in de jaren negentig sterk afgenomen (zie ook § 5.4).

- Volgens de meest recente cijfers uit de verslavingszorg heeft 40 procent van de opiaatgebruikers in de verslavingszorg ooit geïnjecteerd. Het percentage opiaatverslaafden in de verslavingszorg dat afgelopen maand nog injecteerde was in 2012 minder dan 9 procent (Wisselink et al., 2013).
- Recente cijfers over het delen van gebruikte spuiten ontbreken.
- Het aantal omgeruilde naalden en spuiten in spuitomruilprogramma’s in Amsterdam en Rotterdam is de afgelopen jaren fors gedaald. Begin jaren negentig werden in Amsterdam jaarlijks rond een miljoen naalden omgeruild. In 2011 waren dat er nog maar 169 600 (bron: GGD Amsterdam). In Rotterdam is het aantal omgeruilde spuiten tussen 2000 en 2010 verminderd van 422 000 naar 107 300 (cijfers van 2011 ontbreken) (figuur 5.7) (bron: GGD Rotterdam-Rijnmond).
- De jarenlange daling van het aantal omgeruilde spuiten kan worden verklaard door een daling van het aantal heroïnegebruikers, een afname van de populariteit van het injecteren, de toename van het gebruik van cocaïne in de vorm van crack en de hogere sterfte onder injecterende drugsgebruikers.

Figuur 5.7 Aantal omgeruilde spuiten in Amsterdam en Rotterdam 2002-2011



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Rotterdam	390700	384100	356900	231800	180100	168900	243700	143300	107000	
Amsterdam	346800	316000	232000	201600	200800	171200	184800	139400	153600	169600

Bronnen: GGD Amsterdam, GGD Rotterdam-Rijnmond.

Aids

Het jaarlijks aantal meldingen van aids (alle transmissieroutes) bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (tot en met 1999) en de Stichting HIV Monitoring (vanaf 2000) steeg van 325 in 1988 tot 533 in 1995 en daalde sindsdien tot 154 gevallen in 2012 (Soetens et al., 2013). Dit komt onder meer door het op de markt komen van effectieve anti-retrovirale geneesmiddelen (HAART). Door gebruik daarvan leidt besmetting met hiv minder of later tot aids.

- De bijdrage van injecterend drugsgebruik aan het aantal gevallen van aids in Nederland is in al die jaren beperkt gebleven. In 2012 werd aids bij 3 injecterende drugsgebruikers geregistreerd (2% van de 154 aids gevallen) (Soetens et al., 2013). De data over 2012 zijn nog niet compleet.
- Onder de 8 875 aids patiënten die tot en met 2012 zijn geregistreerd, zijn 720 injecterende drugsgebruikers (8,1%). Dat betekent dat de bijdrage van injecterend drugsgebruik aan het ontwikkelen van aids gemiddeld hoger is dan bij het oplopen van hiv.
- Na een piek in 1995 van veertien procent is het aandeel van injecterende drugsgebruikers onder de patiënten bij wie hiv zich heeft ontwikkeld tot aids weer afgenomen.
- Relatief veel drugsgebruikers met aids sterven. In 2012 overleden 131 geregistreerde aids patiënten, en 16 van hen (12,2%) waren besmet geraakt door injecterend drugsgebruik (Soetens et al., 2013).

Internationale vergelijking

Door de introductie van effectieve anti-retrovirale behandeling is het aantal nieuwe patiënten met aids minder maatgevend voor de overdracht van hiv. Meldingen van nieuwe aids gevallen vormen nog wel een indicatie voor de omvang van het probleem. Ook zijn ze een indicatie voor de beschikbaarheid van anti-retrovirale therapie voor drugsgebruikers.

- In 2010 werd het hoogste aantal nieuwe gevallen van aids onder injecterende drugsgebruikers gezien in Letland (27,1 nieuwe gevallen per miljoen inwoners). Ook Estland, Portugal, Litouwen en Spanje kennen relatief hoge aantallen nieuwe aids gevallen (EMCDDA, 2012).

Sterfte

Bij sterfte cijfers gerelateerd aan drugsgebruik wordt meestal onderscheid gemaakt tussen de directe sterfte ten gevolge van het binnen krijgen van een dodelijke hoeveelheid drugs (ook wel acute sterfte of overdosis genoemd) en de sterfte die indirect samen hangt met het drugsgebruik, zoals de leefstijl (uitputting, geweld, suicide) of wijze van gebruik (injecteren) en ongevallen onder invloed van drugs. De algehele directe en indirecte sterfte onder drugsgebruikers wordt in kaart gebracht in cohort onderzoek waarin drugsgebruikers over de jaren heen worden 'gevolgd' (Cruts et al., 2008). Voor de directe sterfte wordt in de meeste landen gebruik gemaakt van algemene doodsoorzakenstatistieken. In deze paragraaf gaat het vooral over cijfers over de directe sterfte.

Directe sterfte

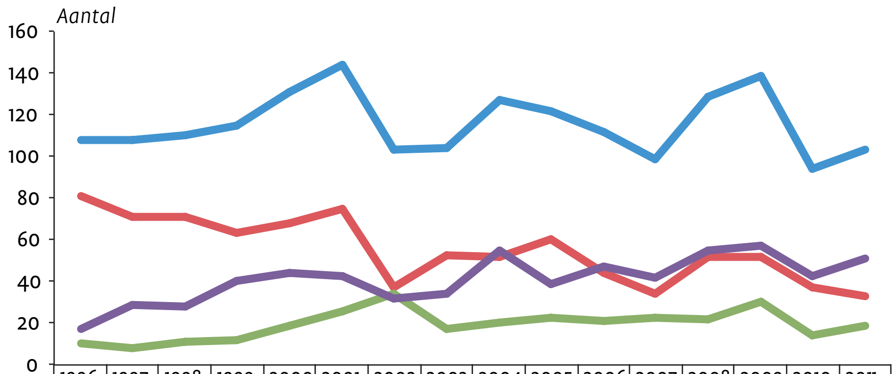
Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland maar weinig mensen aan de directe gevolgen van opiaatgebruik. Bij de directe sterfte gaat het om een overdosering, dat wil zeggen een vergiftiging door een dodelijke hoeveelheid drugs. Volgens de standaard van het EMCDDA voor het berekenen van de directe drugsterfte worden alle gevallen meegeteld van niet-opzettelijke vergiftiging, opzettelijke vergiftiging (suïcide) en vergiftiging waarvan niet is vastgesteld of deze al dan niet met opzet heeft plaatsgevonden (EMCDDA, 2012).

De sterfte gerelateerd aan alle drugs (opiaten, cocaïne en overige drugs), vertoont een grillig verloop (figuur 5.8).

- Grosso modo schommelde de totale sterfte in de periode 1996-2011 tussen de 99 en 144 gevallen per jaar.
- In deze periode daalde het aandeel sterfgevallen waarbij opiaatgebruik de primaire doodsoorzaak vormde en nam het aandeel cocaïne gerelateerde sterfgevallen en de sterfte aan overige drugs iets toe. Het gaat bij de laatste gevallen vaak om (combinaties van) harddrugs al dan niet samen met andere middelen, maar soms ook om (combinaties van) medicijnen en/of alcohol.
- Methadon werd zowel in 2010 als in 2011 slechts vijf maal als primaire doodsoorzaak geregistreerd. Tussen 1996 en 2011 waren er gemiddeld zeven gevallen per jaar. Doorgaans gaat het hier om een combinatie met andere middelen.

- De aantallen betreffen alleen sterfgevallen onder inwoners die officieel stonden geregistreerd in het bevolkingsregister. In 2011 waren bij het CBS nog eens 13 gevallen bekend van drugssterfte onder mensen die wel in Nederland verbleven, maar niet als inwoner stonden geregistreerd in het bevolkingsregister.

Figuur 5.8 Sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland, vanaf 1996



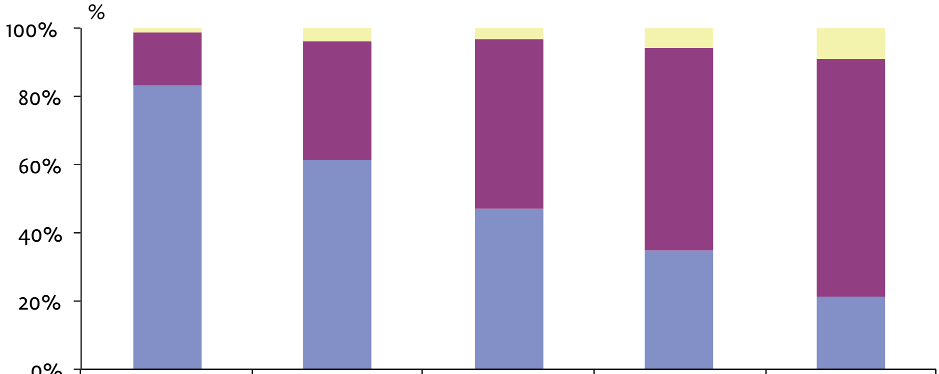
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Totaal	108	108	110	115	131	144	103	104	127	122	112	99	129	139	94	103
Opiaten	81	71	71	63	68	75	37	53	52	60	44	34	52	52	37	33
Cocaïne	10	8	11	12	19	26	34	17	20	23	21	23	22	30	14	19
Overig	17	29	28	40	44	43	32	34	55	39	47	42	55	57	43	51

*Aantal sterfgevallen. Volgens ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X42**, X41**, X62**, X61**, Y12**, Y11** (**In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B.*
Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

Leeftijd en geslacht

- Net als de gebruikers van opiaten worden ook de slachtoffers van een dodelijke overdosis opiaten steeds ouder. Het aandeel jonge opiaatgebruikers die overlijden daalt. In de jaren 1985 tot en met 1989 was nog 82 procent van de overledenen jonger dan 35 jaar, vergeleken met nog maar 21 procent gemiddeld over de jaren 2005 tot en met 2011 (figuur 5.9).
- In 2011 was 73 procent van de opiaatslachtoffers man en was 27 procent vrouw. Tussen 1996 en 2011 schommelde het percentage mannen tussen 59 en 85 procent en schommelde het percentage vrouwen tussen 16 en 41 procent.

Figuur 5.9 Leeftijdsverdeling van sterfgevallen door overdosering van opiaten in de periodes 1985-1989, 1990-1994, 1995-1999, 2000-2004 en 2005-2011



	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2011
>=65	1	4	3	6	9
35-64	15	35	50	59	70
15-34	82	61	47	35	21

Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

Nederlands Forensisch Instituut

Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op drugs. In de overlijdensgevallen die in 2012 door het NFI werden onderzocht op drugs, werd in vier gevallen methadon aangewezen en werden in één geval andere opiaten aangewezen als doodsoorzaak. In sommige van deze gevallen speelden ook andere drugs nog een rol bij het overlijden.

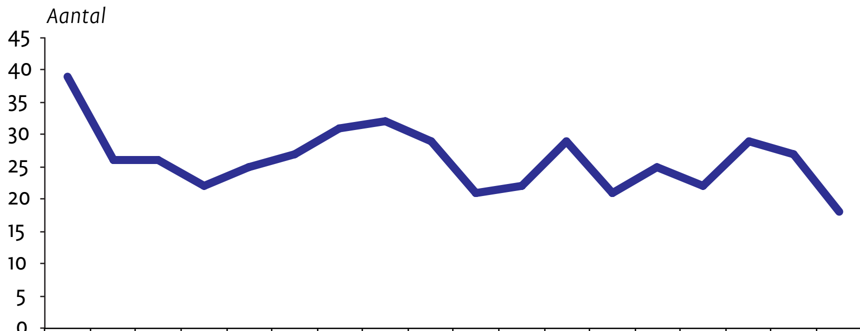
Amsterdam

De GGD Amsterdam rapporteert jaarlijks het aantal sterfgevallen door overdoseringen onder Amsterdamse drugsgebruikers (figuur 5.10). De registratie van de overdosissterfte in Amsterdam verschilt van de landelijke Doodsoorzakenstatistiek van het CBS, doordat in Amsterdam ook overledenen worden meegeteld die niet stonden ingeschreven in het bevolkingsregister. Het gaat daarbij onder andere om buitenlanders die illegaal in Nederland verbleven en om toeristen.

- In 2010 en 2011 overleden achtereenvolgens 27 en 18 drugsgebruikers in Amsterdam na een ‘overdosering’ van drugs, vaak opiaten al dan niet in combinatie met andere middelen.
- Tussen 2001 en 2011 schommelde het aantal sterfgevallen rond een gemiddelde van 25 gevallen per jaar (figuur 5.10). Het aantal van 18 gevallen in 2011 is het laagste aantal sinds 1978.
- Van de 18 gevallen in 2011 ging het om 4 vrouwen en 14 mannen. Hun leeftijd ten tijde van overlijden varieerde van 26 tot 67 jaar. De gemiddelde leeftijd lag op 42 jaar.

- Bij één sterfgeval kunnen meerdere middelen worden aangetroffen. Al met al werden bij de 18 gevallen uit 2011 de volgende middelen gevonden: cocaïne (10 maal), opiaten (10 maal), amfetaminen/ecstasy (8 maal), GHB/GBL (5 maal) en medicijnen (10 maal).
- In 9 van de 18 gevallen was er een indicatie dat er suïcide was gepleegd. In 2 gevallen van suïcide was, naast andere middelen, GHB/GBL gebruikt.

Figuur 5.10 Sterfte door overdosering onder drugsgebruikers in Amsterdam, vanaf 1994



	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Overdosering	39	26	26	22	25	27	31	32	29	21	22	29	21	25	22	29	27	18

Aantal sterfgevallen door overdoseringen onder personen die ooit als opiaatgebruiker waren geregistreerd bij de GGD Amsterdam. Bron: GGD Amsterdam.

Internationale vergelijking

Volgens het EMCDDA (2013) laten de meeste cohortonderzoeken zien dat circa een tot twee procent van de problematische drugsgebruikers jaarlijks sterft. Dat is tien tot twintig keer hoger dan de verwachte basissterfte in de algemene bevolking.

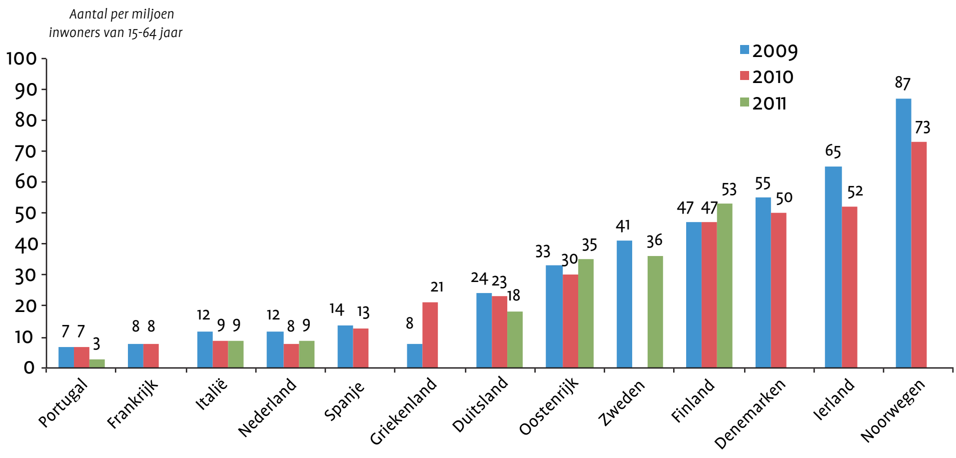
- Jaarlijks gaat het in Europa om circa tussen 10 000 en 20 000 opiaatgebruikers. Het merendeel van deze sterfgevallen komt voor onder mannen rond 30 jaar.
- Het gaat hier niet alleen om fatale overdoseringen maar ook om de indirecte aan drugsgebruik gerelateerde doodsoorzaken, zoals ongevallen infectieziekten, geweld en suïcide.

De meeste landenspecifieke gegevens over de drugssterfte zijn beschikbaar voor overdoseringen (acute drugssterfte).

- In de periode van 1996 tot en met 2011 werden door de lidstaten van de EU en Noorwegen jaarlijks tussen de 6 300 en 8 400 drugsgerelateerde sterfgevallen gerapporteerd (EMCDDA, 2012, 2013). In 2011 ging het om ongeveer 6 500 sterfgevallen, een daling ten opzichte van 2009 (7 700 sterfgevallen) en 2010 (7 000 sterfgevallen). Deze cijfers zijn een ondergrens omdat niet alle gevallen van drugssterfte worden geregistreerd.

- Een internationale vergelijking van de drugssterfte wordt bemoeilijkt door verschillen in de definitie van dit begrip. Wel is er een standaard van het EMCDDA voor drugssterfte, gebaseerd op een specifieke selectie van ICD-9 of ICD-10 codes uit de doodsoorzakenstatistieken.
- Figuur 5.11 toont voor deze landen het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar voor de jaren 2009, 2010 en 2011.
- In Noorwegen, Ierland en Denemarken ligt de drugssterfte relatief hoog. In Portugal, Frankrijk, Italië en Nederland ligt de drugssterfte relatief laag.
- De meeste landen rapporteerden een stijgende trend in sterfgevallen door overdoses vanaf 2003 tot 2008/2009, waarna zich een stabilisering en later een daling begon af te tekenen. De situatie varieert niettemin per land en een aantal landen rapporteert nog steeds een stijging, zoals bijvoorbeeld Griekenland.

Figuur 5.11 Aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar in een aantal landen van de EU-15 en Noorwegen in 2009, 2010 en 2011[I]



Aantal sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar. I. Volgens het EMCDDA protocol (selectie B) voor drugssterfte. Bron: EMCDDA.

6 Ecstasy, amfetamine en verwante stoffen

De officiële benaming van ecstasy is 3,4-methyleendioxymethamfetamine (MDMA). Ook stoffen die chemisch op MDMA lijken – zoals MDA, MDEA, MBDB en amfetamine – of stoffen die daar geheel niet op lijken worden als ecstasy verkocht, zonder dat de gebruiker zich daar altijd van bewust is. Tenzij anders aangegeven, bedoelen wij in dit hoofdstuk met 'ecstasy' stoffen die als ecstasy worden beleefd of aangeprezen. Met amfetamine bedoelen wij zowel 'gewone' amfetamine als methamfetamine, de sterkere variant, tenzij anders aangegeven.

Ecstasy heeft een stimulerende en een entactogene werking. Door de entactogene werking van ecstasy voelen mensen zich verbonden met elkaar en leggen ze gemakkelijk contact. Deze combinatie van eigenschappen draagt bij aan de reputatie van ecstasy als party- of dansdrug. De verslavende werking is vermoedelijk gering. Ecstasy wordt doorgaans geslikt in pillen. Soms wordt het als poeder opgelost in een drankje en gedronken.

Amfetamine werkt stimulerend, sterker dan ecstasy, en heeft geen entactogene werking. Amfetamine wordt in het uitgaansleven gebruikt, maar ook door opiaat- of polydrugsverslaafden. Bij frequent gebruik kan afhankelijkheid optreden. Dit risico is groter voor methamfetamine dan voor 'gewone' amfetamine. De gebruikersnaam voor amfetamine is "speed". Amfetamine wordt in Nederland meestal geslikt of gesnoven en soms geïnjecteerd. Methamfetamine wordt soms gerookt.

De toegenomen concentratie van MDMA in ecstasypillen en de aanwezigheid van andere riskante stoffen, zoals 4-methylamfetamine (4-MA) en paramethoxymetamfetamine (PMMA), in ecstasy en/of amfetamine zijn in de afgelopen jaren in verband gebracht met (fatale) gezondheidsincidenten. Er zijn diverse waarschuwingsacties geweest via het Drugs Informatie Monitoring Systeem (DIMS) en instellingen voor verslavingszorg. Vanwege de grote gezondheidsrisico's geassocieerd met het gebruik van 4-MA is dit middel op 8 mei 2012 via een spoedprocedure op lijst I van de Opiumwet geplaatst (Staten-Generaal 33564 A-1; Staten-Generaal 33564-1).

6.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over ecstasy en amfetamine in dit hoofdstuk zijn:

- In 2009 waren er dubbel zo veel ecstasy- als amfetaminegebruikers (§ 6.2).
- Het gebruik van ecstasy en amfetamine onder scholieren van het voortgezet onderwijs is tussen 2003 en 2011 gestabiliseerd (§ 6.3).
- Ecstasy is na cannabis veruit de belangrijkste illegale drug in het uitgaansleven (§ 6.3).

- Het percentage recente ecstasygebruikers ligt boven het Europese gemiddelde (§ 6.5).
- Maar weinig ecstasygebruikers zoeken hulp bij de verslavingszorg. De daling in het aantal ecstasycliënten sinds 2005 is tussen 2010 en 2012 gestabiliseerd (§ 6.6).
- Het aantal primaire amfetaminecliënten bij de verslavingszorg is na een stijging sinds het begin van deze eeuw in 2012 licht gedaald (§ 6.6).
- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen vanwege een hoofddiagnose misbruik- of afhankelijkheid van amfetamine-achtigen is beperkt. Wel is er in het afgelopen decennium een stijging waarneembaar (§ 6.6).
- Het aandeel ecstasy-gerelateerde incidenten gemeld door EHBO-posten op grote evenementen nam tussen 2009 en 2012 toe (§ 6.6).
- Het gemiddelde gehalte MDMA in ecstasypillen is tussen 2009 en 2012 fors gestegen (§ 6.8).
- Het gehalte amfetamine in speedpoeders fluctueert sterk tussen 2008 en 2012 (§ 6.8).

6.2 Gebruik: algemene bevolking

In 1997, 2001, 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). Vanwege een landelijk afstemmingstraject van leefstijlmonitoren zullen nieuwe cijfers over het ecstasy- en amfetaminegebruik in de algemene bevolking naar verwachting pas in 2015 verschijnen (Kramers et al., 2013).

De methode van gegevensverzameling verschilde in 2009 van die in de eerdere peilingen. In 1997, 2001 en 2005 zijn gegevens over drugsgebruik verzameld in een persoonlijk interview met respondenten, waarbij de onderzoeker de antwoorden op een laptop invoerde. In 2009 vulde de respondent zelf direct de antwoorden op de vragen in, zonder dat de interviewer meekeek. Er zijn aanwijzingen dat meer anonieme en privacybeschermende methoden, zoals toegepast in 2009, leiden tot iets hogere prevalenties van gebruik (persoonlijke communicatie CBS; EMCDDA, 2002).

- Het aantal Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar dat ervaring heeft met ecstasy nam toe tussen 2001 en 2005 (tabel 6.1). In 2009 werd een hoger percentage ooitgebruik gevonden dan in 2005.
- Het percentage recente en actuele gebruikers van ecstasy bleef tussen 2001 en 2005 en tussen 2005 en 2009 op het zelfde niveau (Van Rooij et al., 2011).
- Veel minder mensen hebben ooit of recent amfetamine gebruikt. Hun aantal bleef tussen 2001 en 2005 stabiel. In 2009 werd een hoger percentage gevonden in het ooitgebruik van amfetamine, maar dat kan het gevolg zijn geweest van de nieuwe onderzoeksmethode. Het recent en actueel bleef tussen 2005 en 2009 op het zelfde niveau.
- Vanwege verschillen in methode kan niet worden vastgesteld of de hogere percentages ooitgebruik in 2009 een daadwerkelijke toename in het gebruik betekenen.

Even zo kan niet worden gesteld dat de gelijke percentages voor recent en actueel gebruik in 2005 en 2009 een stabiele trend in het gebruik reflecteren.

- Het percentage actuele gebruikers bleef in 2009 voor zowel ecstasy als amfetamine ruim beneden de één procent.
- In absolute getallen bedroeg in 2009 het aantal actuele gebruikers van ecstasy 44 duizend en bedroeg het aantal actuele gebruikers van amfetamine 22 duizend. Deze schattingen zijn vermoedelijk aan de lage kant, omdat probleemgebruikers van harddrugs in de bewuste peiling ondervertegenwoordigd waren.
- De jaarlijkse aanwas van nieuwe ecstasygebruikers blijft tussen 2001 en 2005 stabiel. Voor amfetamine is de daling van 2001 naar 2005 statistisch significant.

Tabel 6.1 Gebruik van ecstasy en amfetamine in Nederland onder mensen van 15 tot en met 64 jaar. Peiljaren 1997, 2001, 2005 en 2009[III]

	Ecstasy					Amfetamine				
	1997	*2001*	*2005*	…	*2009[III]*	*1997*	*2001*	*2005*	…	*2009[III]*
Ooitgebruik	2,3%	3,2%	4,3%	…	6,2%	2,2%	2,0%	2,1%	…	3,1%
Recent gebruik[I]	0,8%	1,1%	1,2%	…	1,4%	0,4%	0,4%	0,3%	…	0,4%
Actueel gebruik[II]	0,3%	0,3%	0,4%	…	0,4%	0,1%	0,0%	0,2%	…	0,2%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	0,5%	0,5%	0,3%	…	0,5%	0,2%	0,2%	0,1%	…	0,2%
Gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers[I]	25,1 jaar	26,6 jaar	28,1 jaar	…	-	25,8 jaar	27,0 jaar	25,9 jaar	…	-

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005), 5 769 (2009). … = Wijziging methode. - = gegevens ontbreken. I. In het afgelopen jaar. II. In de afgelopen maand. III. In 2009 is de onderzoeksmethode gewijzigd (zie tekst). Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. Bron: NPO, CBS/IVO.

Leeftijd, geslacht en stedelijkheid

- Voor zowel ecstasy als amfetamine was in 2009 het percentage ooitgebruikers groter onder de mannen dan onder de vrouwen. Onder de mannen had 8,3 procent ooit ecstasy gebruikt en onder de vrouwen 4,0 procent. Amfetamine was ooit gebruikt door 4,8 procent van de mannen en 1,4 procent van de vrouwen (Van Rooij et al., 2011).
- Het ooitgebruik van ecstasy kwam in 2009 het meest voor in zeer sterk stedelijke gebieden (10,4%) en kwam het minst voor in matig stedelijke gebieden (4,7%), weinig stedelijke gebieden (4,2%) en niet-stedelijke gebieden (4,5%). Voor amfetamine is in 2009 geen statistisch significant verschil gevonden tussen de zeer sterk stedelijke gebieden (4,1%) en de weinig stedelijke (2,9%) en niet stedelijke gebieden (3,0%).

- Mensen in de leeftijdsgroep 25 tot en met 44 jaar hadden in 2009 de meeste ervaring met ecstasy (11,3% versus 6,0% onder 15-24-jarigen en 1,2% onder 45-64-jarigen). Ook het ooitgebruik van amfetamine lag het hoogst in de leeftijdsgroep 25-44 jaar (5,0%), gevolgd door de leeftijdsgroep 15-24 jaar (3,1%) en 45-64 jaar (1,3%).
- Het aantal recente en actuele ecstasy- en amfetaminegebruikers is te klein voor een uitsplitsing naar leeftijd, geslacht en stedelijkheid.
- De gemiddelde leeftijd van de recente ecstasygebruikers is gestegen van 25 jaar in 1997 naar 28 jaar in 2005. Het verschil tussen 2001 en 2005 was niet statistisch significant. Voor amfetamine zijn over de jaren geen verschillen gevonden.
- De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 17,3 jaar voor ecstasy en 17,4 jaar voor amfetamine. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 22,2 jaar voor ecstasy en 21,6 jaar voor amfetamine.

6.3 Gebruik: jongeren

Scholieren

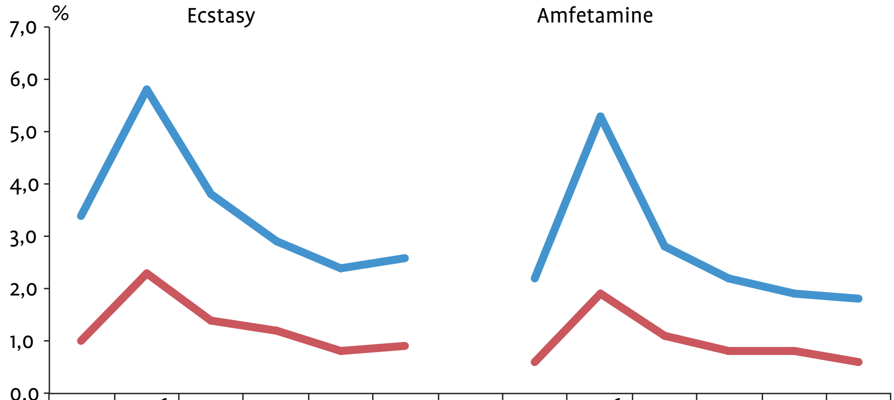
Vergeleken met cannabis gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs harddrugs, zoals ecstasy en amfetamine. Dit blijkt uit het Peilstationsonderzoek scholieren (Verdurmen et al., 2012).

- Van 1992 tot 1996 steeg het percentage gebruikers van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van het regulier middelbaar onderwijs (figuur 6.1) (Verdurmen et al., 2012).
- Voor beide drugs daalde het percentage ooitgebruikers statistisch significant tussen 1996 en 1999. Verschillen tussen 1999 en 2011 waren niet statistisch significant (figuur 6.1).
- Het percentage actuele gebruikers van ecstasy en amfetamine daalde statistisch significant tussen 1996 en 1999 en stabiliseerde vervolgens (figuur 6.1).

Leeftijd en geslacht

- Jongens hebben iets meer ervaring met amfetamine (2,3%) dan meisjes (1,2%). Overige verschillen tussen jongens en meisjes zijn niet statistisch significant.
- Oudere leerlingen hebben meer ervaring met ecstasy en amfetamine dan jongere leerlingen. Op 12-jarige leeftijd heeft 0,6 procent van de leerlingen ooit ecstasy geprobeerd en op 16-jarige leeftijd is dat 3,9 procent. Voor amfetamine is dat 0,3 procent van de 12-jarigen en 2,3 procent van de 16-jarigen.

Figuur 6.1 Gebruik van ecstasy en amfetamine onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1992



	Ecstasy 1992	1996	1999	2003	2007	2011	Amfetamine 1992	1996	1999	2003	2007	2011
Ooit	3,4	5,8	3,8	2,9	2,4	2,6	2,2	5,3	2,8	2,2	1,9	1,8
Actueel	1,0	2,3	1,4	1,2	0,8	0,9	0,6	1,9	1,1	0,8	0,8	0,6

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

Speciale groepen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen bevinden zich naar verhouding meer gebruikers van ecstasy en amfetamine. Tabel 6.2 vat de resultaten samen van uiteenlopende studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen vaak laag, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

Ecstasy

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Ecstasy blijft (na cannabis) de belangrijkste illegale drug in het uitgaanscircuit, vooral de dance scenes, ook al heeft het middel de laatste jaren concurrentie gekregen van cocaïne, amfetamine en GHB.

- In 2011 signaleerden sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven dat ecstasy ook bij de nieuwe lichting jonge stappers de meest populaire partydrug is (Nabben et al., 2012). En door de "comeback van goede ecstasy gaan gebruikers weer ouderwets uit hun dak" hoewel sommigen zich ook zorgen lijken te maken over de hoge doseringen (zie § 6.8). Gebruikers schatten de gezondheidsrisico's van ecstasy laag in. De meesten nemen een tot twee pillen, met soms uitschieters tot vier a vijf pillen. In netwerken met hooggedoseerde pillen wordt soms met een halve pil begonnen.
- Ook in Gelderland is ecstasy vooral populair in het uitgaansleven. Naar schatting van sleutelfiguren gebruikt 75 tot 100 procent van de uitgaande jongeren dit middel

terwijl dit bij hangjongeren op circa 5 tot 25 procent werd geschat (Beurmanjer et al., 2012). In 2011 zijn er echter meer gebruikers die ecstasy ook elders nemen: thuis, op afterparty's en op hangplekken, en niet alleen in het weekend maar soms ook doordeweeks. Evenals in de panelstudie in Amsterdam vormen bijwerkingen (misselijkheid, hartkloppingen, paniek, malende kaken, kater in de dagen er na) voor de meesten geen reden om minder ecstasy te gebruiken.

In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde party's en festivals (Van der Poel et al., 2010).

- Een op de vier bezoekers was een actuele ecstasygebruiker (24%).
- Actueel ecstasygebruik kwam het meest voor in de leeftijdsgroep 30-35 jaar (33%) en het minst onder bezoekers jonger dan 20 jaar (14%).
- Tijdens de uitgaansavond zelf had 18 procent van alle bezoekers ecstasy gebruikt, maar dit aandeel varieerde sterk tussen party's (range: 1 tot 62%). Gemiddeld namen zij 1,7 pillen.

In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van clubs en discotheken in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen en Drenthe), Oost (Gelderland en Overijssel), Midden (Utrecht en Flevoland), West (Noord- en Zuid-Holland) en Zuid (Noord-Brabant, Zeeland en Limburg) (Van der Poel et al., 2010).

- Het percentage actuele ecstasygebruikers was het hoogst in de regio West (12,3%), gevolgd door de regio's Zuid (7,2%), Midden (6,9%), Oost (5,6%) en Noord (4,8%).
- Landelijk gezien had naar schatting 23 procent van de clubbezoekers ooit ecstasy gebruikt en was naar schatting negen procent een actuele ecstasygebruiker.

In het uitgaansleven wordt ecstasy geregeld samen met andere middelen genomen, zoals alcohol, cannabis en amfetamine. Vooral het gecombineerd gebruik van ecstasy en alcohol is populair (Nabben et al., 2007).

- In het landelijke onderzoek in 2008/2009 had 13 procent van de bezoekers van party's en festivals tijdens de uitgaansavond zowel alcohol als ecstasy geconsumeerd (vgl. 18% ecstasygebruikers in totaal) (Van der Poel et al., 2010).
- Zowel de combinatie van ecstasy met cocaïne als de combinatie van ecstasy met amfetamine werd gerapporteerd door drie procent van de bezoekers. Twee procent van de bezoekers had zowel ecstasy als GHB geconsumeerd tijdens het uitgaan.

Probleemjongeren

- Onder jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen heeft vijftien procent, voorafgaand aan hun detentie, ooit ecstasy gebruikt (Kepper et al., 2009b). Er zijn grote verschillen in het ooitgebruik van ecstasy tussen deze jongens en de jongens in het reguliere voortgezet onderwijs: zeventien versus een procent onder de 13-14-jarigen, twaalf versus drie procent onder de 15-16-jarigen en zestien versus negen

procent onder de 17-18-jarigen. Vijf procent van de jongens gaf aan ecstasy te hebben gebruikt tijdens hun verblijf in de justitiële jeugdinrichting.

- Het percentage jongeren in de residentiële jeugdzorg dat ooit ecstasy heeft gebruikt varieert van zeven procent onder de 12-13-jarigen tot vijftien procent onder de 14-15-jarigen en 25 procent onder de 16-jarigen. In het reguliere onderwijs lagen deze percentages beduidend lager op respectievelijk een, twee en drie procent (Kepper et al., 2009a). Gemiddeld had 21 procent van de jongeren in de jeugdzorg ooit ecstasy gebruikt, 18 procent van de jongens en 23 procent van de meisjes. In de jeugdzorg in Amsterdam in 2012 had 12 procent van de jongeren ooit ecstasy gebruikt en had 4 procent in de afgelopen maand nog ecstasy gebruikt (Benschop et al., 2013).

Amfetamine

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Amfetamine is minder populair onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen dan ecstasy en cocaïne. Op hardcore feesten en in bepaalde (alternatieve) scenes (punk, electro, trance, underground, rock en tekno) komt het gebruik van amfetamine wat vaker voor vergeleken met het (grootstedelijk) trendy uitgaanscircuit (Van der Poel et al., 2010; Doekhie et al., 2010). Vanwege de relatief lage prijs wordt amfetamine ook wel eens 'armoedecoke' of 'boerencoke' genoemd.

- Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaanscircuit in Amsterdam speelde amfetamine vaak de rol van 'underdog', maar is het middel nu ook populair geworden in 'hippere' kringen en onder studenten die urenlang willen feesten. In sommige netwerken is amfetamine populairder geworden dan ecstasy. Ook is amfetamine circa vijf keer minder duur dan cocaïne, wat met de krapper wordende budgetten een rol begint te spelen (Nabben et al., 2012).
- In Gelderland constateren sleutelfiguren dat gebruik van amfetamine vooral voorkomt onder hangjongeren, die gemiddeld wat ouder zijn dan de ecstasygebruikers (Beurmanjer et al., 2012). Zij gebruiken het middel vooral in het weekend "om lekker los en hard te gaan", waarbij een deel gedurende de dagen erna problemen ervaart (slapeloosheid, uitputting) en minder functioneert.

Volgens onderzoek in 2008/2009 onder bezoekers van clubs en discotheken in (middel) grote gemeenten in vijf regio's van Nederland, was het amfetaminegebruik het hoogst in het westen van het land (Van der Poel et al., 2010).

- Percentages actuele amfetaminegebruikers varieerden van 1,7 procent in de regio Zuid (Noord- Brabant, Zeeland en Limburg) tot 5,4 procent in de regio West (Noord- en Zuid-Holland).
- In de regio's Oost (Gelderland en Overijssel), Noord (Friesland, Groningen en Drenthe) en Midden (Utrecht en Flevoland) ging het om achtereenvolgens 2,2 procent, 2,4 procent en 3,0 procent.

- Landelijk gezien had naar schatting dertien procent van de clubbezoekers ooit amfetamine gebruikt en was naar schatting drie procent een actuele amfetaminegebruiker.

Onder de uitgaanders komt amfetaminegebruik iets meer voor onder bezoekers van grootschalige party's en festivals.
- In 2008/2009 was zeven procent van deze bezoekers een actuele amfetaminegebruiker.
- Op de uitgaansavond zelf had 5,7 procent van de bezoekers amfetamine genomen, maar dit varieerde tussen uitgaansgelegenheden van nul tot 21 procent. Per avond werd gemiddeld 0,7 gram geconsumeerd.
- Drie procent van de bezoekers had tijdens de uitgaansavond zowel alcohol als amfetamine genomen.

Probleemjongeren
- Jongens in justitiële jeugdinrichtingen gebruiken beduidend vaker amfetamine, voorafgaand aan hun detentie, dan hun leeftijdgenoten in het reguliere voortgezet onderwijs: negen versus een procent onder de 13-14-jarigen, vijf versus drie procent onder de 15-16-jarigen en 14 versus vier procent onder de 17-18-jarigen (Kepper et al., 2009b). Drie procent van de jongens gaf aan amfetamine te hebben gebruikt tijdens hun verblijf *in* de justitiële jeugdinrichting.
- Onder jongeren in de residentiële jeugdzorg (12-18 jaar) had 16 procent ooit amfetamine gebruikt, 15 procent van de jongens en 18 procent van de meisjes (Kepper et al., 2009a). In de jeugdzorg in Amsterdam in 2012 had 4 procent van de jongeren ooit amfetamine gebruikt en had minder dan een procent in de afgelopen maand nog amfetamine gebruikt (Benschop et al., 2013).

Methamfetamine
- Cijfers van het DIMS (zie § 5.8) en kwalitatieve gegevens van de Trendwatchmonitor suggereren dat methamfetamine in Nederland niet populair is (Doekhie et al., 2010). Het gebruik lijkt zich te beperken tot enkele niches in homonetwerken in Amsterdam en tot zogenaamde psychonauten, die veelal experimenteren met hallucinogene middelen en andere drugs.
- Volgens de Antenne-monitor was *meth*amfetamine in Amsterdam in 2010 nog net zo prijzig als in 2009, ruim honderd euro per gram (Benschop et al., 2011).

Tabel 6.2 Gebruik van ecstasy en amfetamine in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ecstasy		Amfetamine	
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen				*Ooit*	*Actueel*	*Ooit*	*Actueel*
- Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gem. 25	48%	21%	24%	6%
- Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	Gem. 28	41%	6%	20%	2%
- Bezoekers van cafés	Amsterdam	2010	Gem. 27	46%	13%	18%	2%
- Bezoekers van party's en festivals	Landelijk[I]	2008/2009	Gem. 24	42%	24%	23%	7%
- Bezoekers van clubs en discotheken	Landelijk[I]	2008/2009	Gem. 22	23%	9%	13%	3%
- Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Den Haag	2008/2009	Gem. 21	14%	4%	9%	2%
Probleemjongeren							
- Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	Gem. 15	21%	4%	16%	3%
- Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	Gem. 16	12%	4%	4%	<1%
- Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[II]	Landelijk	2009	Gem. 16	15%	7%	9%	5%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. Geringe respons (19%). II. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's.

Bronnen: Antenne 2008, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2009); Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2010); Antenne 2010, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2011); Tendens 2008, IrisZorg (De Jong et al., 2008); Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/UvA (Van der Poel et al., 2010); Haags Uitgaansonderzoek, Gemeente Den Haag/Parnassia/Politie Haaglanden (Dekkers et al., 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a;b); Antenne 2012, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2013).

6.4 Problematisch gebruik

Het aantal probleemgebruikers van ecstasy en amfetamine, dat wil zeggen mensen die in hun dagelijks functioneren last krijgen van hun drugsgebruik of zelfs verslaafd raken, is onbekend.

- Zowel ecstasy als amfetamine kunnen bij chronisch gebruik leiden tot afhankelijkheid. Wél staat het optreden van een onttrekkingssyndroom bij ecstasy ter discussie (Degenhardt et al., 2010; Leung en Cottler, 2008).

- Het aantal hulpvragen bij de verslavingszorg voor ecstasy is gering (zie ook § 6.6). Onbekend is of dit samenhangt met een geringe omvang van het probleemgebruik, de aard en ernst van de klachten, of andere factoren.
- Ecstasygebruikers hebben vanaf 2008 de mogelijkheid hulp te zoeken bij speciale medische spreekuren van de verslavingszorg in het westen van het land. De hulpvragers voor problemen met ecstasy blijken vooral klachten te rapporteren zoals depressiviteit, gevoelens van derealisatie, angst, verminderde concentratie, vermoeidheid, gevoel van schokken in het hoofd, tintelingen, spiertrekkingen, zichtproblemen en duizelingen.
- In het een een onderzoek uit 2008/2009 genoemd naar het middelengebruik op party's en festivals en in clubs en discotheken (Van der Poel et al., 2010) is ook gekeken naar het probleemgebruik van ecstasy en amfetamine.
    - Probleemgebruik werd gedefinieerd als het voldoen aan drie of meer van de volgende zeven criteria: gebruiken ondanks problemen, veel tijd besteden aan gebruik, veel meer nodig hebben van het middel voor hetzelfde effect, meer gebruiken dan men van plan was, zonder succes proberen te minderen of te stoppen, belangrijke activiteiten opgeven, of zich ziek voelen bij minderen of stoppen.
    - Van de partybezoekers bleek dat van de recente gebruikers van ecstasy elf procent een probleemgebruiker was. Van de recente gebruikers van amfetamine was 19 procent een probleemgebruiker.
    - Van de clubbezoekers die het afgelopen jaar ecstasy hadden gebruikt was dertien procent een probleemgebruiker. Van de clubbezoekers die het afgelopen jaar amfetamine hadden gebruikt was 21 procent een probleemgebruiker.

6.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Tabel 6.3a en 6.3b presenteren gegevens over het gebruik van ecstasy en amfetamine in een aantal EU-lidstaten, Noorwegen, Australië, Canada en de Verenigde Staten.

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 6.3a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 6.3b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in Bijlage C vermeld. In de meeste landen wordt geen onderscheid gemaakt tussen amfetamine en methamfetamine. Volgens het EMCDDA speelt methamfetamine in de EU vooral een rol in Tsjechië en Slowakije, maar speelt het ook een rol in landen als Letland, Zweden, Noorwegen en Finland (EMCDDA, 2012, 2013).
- Wat betreft het ooitgebruik van ecstasy spannen Australië (10,3%) en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales, 8,3%) de kroon. Percentages van vijf tot zeven

procent zijn verder gevonden in Ierland (6,9%), de Verenigde Staten (6,3%) en Nederland (6,2%). In Noorwegen, Griekenland, Malta en Roemenië komt het percentage ooitgebruikers niet boven een procent uit.

- Het percentage mensen dat ooit amfetamine heeft gebruikt loopt uiteen van minder dan een procent in Portugal, Griekenland, Cyprus, Malta, Slowakije en Roemenië tot 8,5 procent in de Verenigde Staten, met een uitschieter naar 11,6 procent in het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales). In Nederland heeft 3,1 procent ervaring met amfetamine.
- Het percentage recente consumenten van ecstasy is het hoogst in Australië (3,0%). In de andere landen varieert het recent gebruik van ecstasy van 0,0 tot 1,4 procent. Voor amfetamine varieert het percentage recente gebruikers van 0,1 procent of minder in Griekenland, Italië, Malta, Slowakije en Roemenië tot 2,1 procent in Australië.
- In Nederland ligt het percentage recente gebruikers van ecstasy (1,4%) op het dubbele van het Europese gemiddelde van 0,6 procent. Voor amfetamine ligt het percentage recente gebruikers in Nederland met 0,4 procent dicht bij het Europese gemiddelde van eveneens 0,6 procent (EMCDDA, 2012).

Tabel 6.3a Consumptie van ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15 en Noorwegen: leeftijdsgroep 15 tot en met 64 jaar

Land	Jaar	Ecstasy		Amfetamine	
		Ooit	*Recent*	*Ooit*	*Recent*
Ierland	2010/2011	6,9%	0,5%	4,5%	0,4%
Nederland	2009	6,2%	1,4%	3,1%	0,4%
Spanje	2011	3,6%	0,7%	3,3%	0,6%
Frankrijk	2010	2,4%	0,2%	1,7%	0,2%
Oostenrijk	2008	2,3%	0,5%	2,5%	0,5%
Zweden	2008	2,1%	0,1%	5,0%	0,8%
Finland	2010	1,8%	0,4%	2,3%	0,8%
Portugal	2007	1,3%	0,4%	0,9%	0,2%
Noorwegen	2009	1,0%	0,3%	3,8%	0,7%
Griekenland	2004	0,4%	0,2%	0,1%	<0,1%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.
Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). Bron: EMCDDA.

Tabel 6.3b Consumptie van ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen[I]

Land	Jaar		Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	*Recent*	*Ooit*	*Recent*
Australië	2010	14 en ouder	10,3%	3,0%	7,0%	2,1%
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2010/2011	16 - 59	8,3%	1,4%	11,6%	1,1%
Verenigde Staten	2010	12 en ouder	6,3%	1,0%	8,5%	1,1%
Canada	2011	15 en ouder	3,8%	0,7%	3,4%	0,5%
Italië	2012	18 - 64	1,8%	<0,1%	1,8%	0,1%
Duitsland	2009	18 - 64	2,4%	0,4%	3,7%	0,7%
Denemarken	2010	16 - 64	2,1%	0,3%	6,2%	0,7%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Bronnen: EMCDDA, SAMSHA, CADUMS, AIHW.

Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van vijftien en zestien jaar in Europese landen. Tabel 6.4a toont het gebruik van ecstasy en tabel 6.4b toont het gebruik van amfetamine in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde vergelijkbaar onderzoek uit (Hibell et al., 2000, 2004, 2009, 2012).

- Het percentage leerlingen dat in 2011 wel eens ecstasy heeft geprobeerd was het laagst in Denemarken, Finland en Noorwegen (1%). De Verenigde Staten gingen aan kop met zeven procent, gevolgd door België en Nederland met vier procent.
- Het percentage recente gebruikers van ecstasy varieerde van een procent in Duitsland, Griekenland, Zweden, Spanje, Denemarken, Finland en Noorwegen tot vijf procent in de Verenigde Staten. Het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen kwam uit op twee procent, een procent lager dan in Nederland.
- Van de in tabel 6.4b genoemde landen scoorden in 2011 de Verenigde Staten op de maat ooitgebruik van amfetamine het hoogst (9%), gevolgd door België (5%). Nederland nam met een procent een relatief lage positie in.
- In de andere landen in tabel 6.4b had tussen nul en vier procent van de scholieren ooit in het leven nog amfetamine gebruikt. Voor 36 deelnemende Europese landen kwam het percentage ooitgebruikers gemiddeld op drie procent.

Tabel 6.4a Consumptie van ecstasy onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011

	1999	2003		2007		2011	
Land	*Ooit*	*Ooit*	*Recent*	*Ooit*	*Recent*	*Ooit*	*Recent*
Verenigde Staten[I]	6%	6%	3%	5%	3%	7%	5%
België[II]	-	4%	3%	5%	4%	4%	3%
Nederland	4%	5%	3%	4%	3%	4%	3%
Portugal	2%	4%	2%	2%	1%	3%	3%
Frankrijk	3%	4%	-	4%	2%	3%	2%
Ierland	5%	5%	2%	4%	3%	2%	2%
Italië	2%	3%	2%	3%	2%	2%	2%
Duitsland[III]	-	3%	2%	3%	2%	2%	1%
Griekenland	2%	2%	2%	2%	2%	2%	1%
Zweden	1%	2%	1%	2%	2%	2%	1%
Spanje[IV]	-	5%	3%	3%	2%	2%	1%
Denemarken[IV]	3%	2%	2%	5%	2%	1%	1%
Finland	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%
Noorwegen	3%	2%	1%	1%	1%	1%	1%
Verenigd Koninkrijk[V]	3%	5%	3%	4%	3%	-	-
Oostenrijk	-	3%	2%	3%	2%	-	-
Zwitserland	-	2%	1%	2%	2%	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar (recent). - = niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. België in 2007 en 2011 alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland in 2007 alleen voor zeven deelstaten en in 2011 alleen voor vijf deelstaten. IV. De gegevens voor Spanje en Denemarken zijn minder representatief. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

Tabel 6.4b Consumptie van amfetamine onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011

	1999	2003		2007	2011
Land	*Ooit*	*Ooit*	*Recent*	*Ooit*	*Recent*
Verenigde Staten[I]	16%	13%	9%	11%	9%
België[II]	-	2%	1%	5%	5%
Frankrijk	2%	3%	-	4%	4%
Duitsland[III]	-	5%	3%	5%	4%
Portugal	3%	3%	2%	2%	3%
Italië	2%	3%	2%	4%	2%
Ierland	3%	1%	0%	3%	2%
Griekenland	1%	0%	0%	3%	2%
Denemarken[IV]	4%	4%	3%	5%	2%
Zweden	1%	1%	1%	2%	1%
Spanje[IV]	-	4%	3%	3%	1%
Noorwegen	3%	2%	1%	1%	1%
Nederland	2%	1%	1%	2%	1%
Finland	1%	1%	0%	1%	1%
Verenigd Koninkrijk[V]	8%	3%	2%	2%	-
Zwitserland	-	3%	2%	3%	-
Oostenrijk	-	4%	4%	8%	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (in het laatste jaar). - = niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. België alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland alleen voor zeven deelstaten in 2007 en vijf deelstaten in 2011. IV. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

6.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

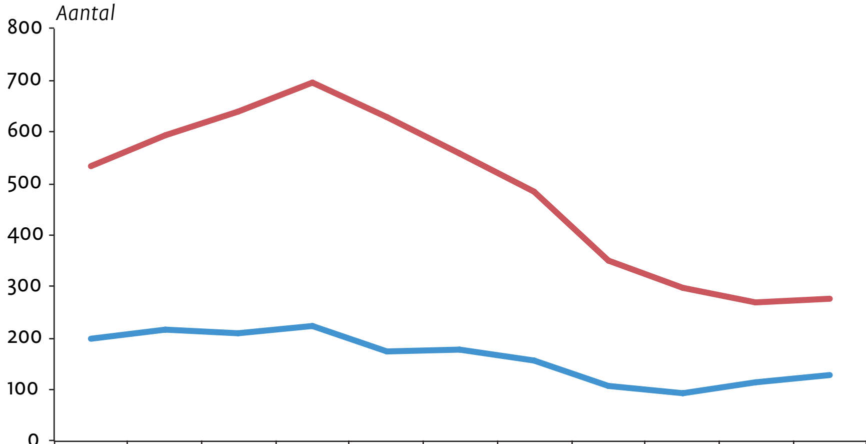
De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn verschillende gespecialiseerde instellingen actief binnen de verslavingszorg. Deze instellingen sturen anonieme gegevens over de hulpverlening naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink et al., 2012, 2013). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) In vorige jaren bevatte het LADIS ook gegevens van de verslavingsreclassering. Vanwege technische problemen zijn in dit NDM Jaarbericht de reclasseringsgegevens niet meer meegenomen. De LADIS-cijfers in dit Jaarbericht, van 2002 tot en met 2012,

vallen daardoor lager uit dan de LADIS-cijfers in voorafgaande Jaarberichten.

Ecstasy

- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met ecstasy als primair probleem daalde tussen 2002 en 2012 met 36 procent (figuur 6.2).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2012 slechts één primaire ecstasycliënt, aanzienlijk minder dan voor de meeste andere drugs (74 voor cannabis, 54 voor cocaïne en 77 voor opiaten).
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in de afgelopen jaren gering: minder dan een procent.
- In 2012 waren ongeveer vier van de tien primaire ecstasycliënten een nieuwkomer (43%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2012 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Een meerderheid van de primaire ecstasycliënten (63%) had ook problemen met een ander middel.
- Er zijn meer cliënten die ecstasy als secundair dan als primair probleem noemen. Tussen 2002 en 2005 steeg het aantal secundaire ecstasycliënten met 31 procent, maar tussen 2005 en 2012 daalde dit aantal weer met 60 procent. In 2012 was voor de secundaire ecstasycliënten het primaire probleem cannabis (30%), amfetamine (24%), cocaïne of crack (22%), of alcohol (17%).

Figuur 6.2 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[I]) met primaire of secundaire ecstasyproblematiek, vanaf 2002



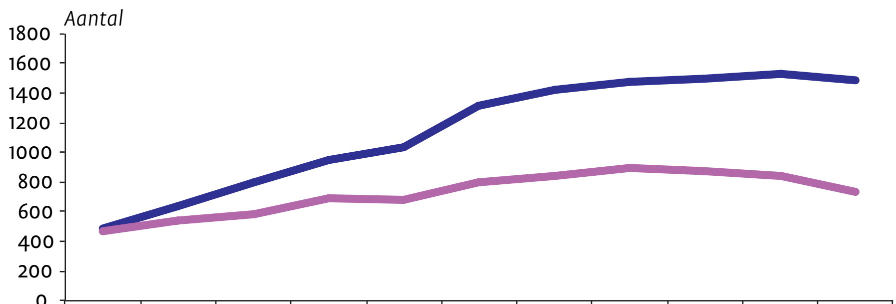
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Primair	200	216	211	225	174	178	156	109	93	113	128
Secundair	533	593	639	697	630	557	485	351	297	269	276

Aantal cliënten. I. De cijfers in dit figuur zijn lager dan in eerdere NDM Jaarberichten, doordat in dit Jaarbericht de gegevens van de verslavingsreclassering niet zijn meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

Amfetamine

- Het aantal cliënten met amfetamine als primair probleem werd tussen 2002 en 2012 drie keer zo groot (figuur 6.3).
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek steeg tussen 2002 en 2012 van twee naar vijf procent.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2012 elf primaire amfetaminecliënten.
- In 2012 was ongeveer een kwart van de primaire amfetaminecliënten een nieuwkomer (24%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2012 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Bijna de helft van de cliënten met een primair amfetamineprobleem (48%) rapporteerde ook problemen met een ander middel.
- Voor 732 cliënten was amfetamine in 2012 een secundair probleem. Voor deze groep was het primaire probleem cannabis (35%), alcohol (25%), cocaïne of crack (17%), GHB (9%), of heroïne (8%).

Figuur 6.3 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]) met primaire of secundaire amfetamineproblematiek, vanaf 2002



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Primair	487	640	798	953	1030	1320	1420	1473	1501	1525	1485
Secundair	469	540	581	687	685	803	846	898	877	837	732

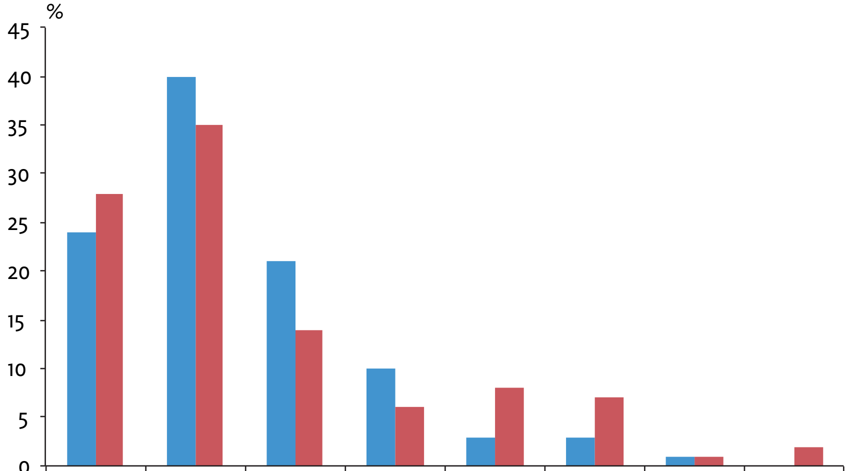
Aantal cliënten. I. De cijfers in dit figuur zijn lager dan in eerdere NDM Jaarberichten, doordat in dit Jaarbericht de gegevens van de verslavingsreclassering niet zijn meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

Leeftijd en geslacht

Ecstasy

- In 2012 waren ongeveer zeven van de tien primaire ecstasycliënten man (71%). Het aandeel vrouwen (29%) was groter dan voor cannabis, cocaïne en opiaten (19-21%).
- De gemiddelde leeftijd van de primaire ecstasycliënten was 25 jaar. Daarmee zijn zij gemiddeld het jongst van alle drugscliënten. De piek ligt in de leeftijdsgroep 20-24 jaar, maar in 2002 was deze piek groter (figuur 6.4).

Figuur 6.4 Leeftijdsverdeling van primaire ecstasycliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[I]). Peiljaren 2002 en 2012



	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59
2002	24	40	21	10	3	3	1	0
2012	28	35	14	6	8	7	1	2

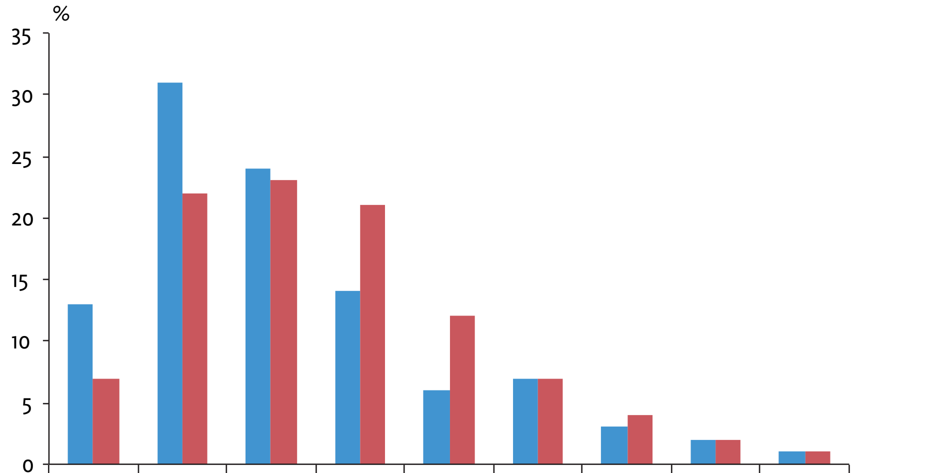
Leeftijd

Percentage per leeftijdsgroep. I. De percentages in dit figuur voor 2002 zijn iets anders dan in eerdere NDM Jaarberichten, doordat in dit Jaarbericht de gegevens van de verslavingsreclassering niet zijn meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

Amfetamine

- In 2012 waren ongeveer acht van de tien primaire amfetaminecliënten man (78%).
- De gemiddelde leeftijd was 30 jaar, hoger dan bij de ecstasycliënten en iets hoger dan in 2002 (28 jaar). Bij de amfetaminecliënten lagen in 2012 de pieken in de leeftijdsgroepen 20-24, 25-29 en 30-34 jaar, maar in 2002 lag de piek vooral in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (figuur 6.5).

Figuur 6.5 Leeftijdsverdeling van primaire amfetaminecliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[I]). Peiljaren 2002 en 2012



	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
2002	13	31	24	14	6	7	3	2	1
2012	7	22	23	21	12	7	4	2	1

Percentage per leeftijdsgroep. I. De percentages in dit figuur voor 2002 zijn iets anders dan in eerdere NDM Jaarberichten, doordat in dit Jaarbericht de gegevens van de verslavingsreclassering niet zijn meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

Algemene ziekenhuizen

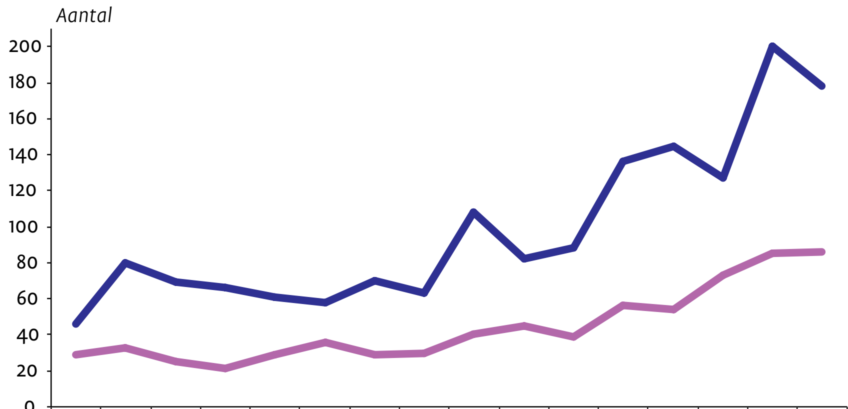
De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreert jaarlijks weinig opnames in algemene ziekenhuizen met psychostimulantia als hoofddiagnose. Het gaat hier om amfetaminen, maar ook om andere psychostimulantia zoals ecstasy (figuur 6.6).

- In 2011 ging het om 86 opnames ofwel 12 procent van alle hoofddiagnoses voor drugs. In 86 procent van de gevallen ging het om misbruik, in 14 procent van de gevallen ging het om afhankelijkheid van psychostimulantia. Tussen 2009 en 2010 steeg het aantal hoofddiagnoses nog met 16 procent, maar tussen 2010 en 2011 bleef dit aantal vrijwel gelijk (figuur 6.6).
- Vaker werden deze aandoeningen als nevendiagnose gesteld, 178 maal in 2011, een daling van 11 procent ten opzichte van 2010. Vergeleken met 2001 is dit aantal nevendiagnoses in 2011 echter drie maal zo groot geworden. De hoofdziektes of hoofdstoornissen die bij de nevendiagnoses amfetaminemisbruik en -afhankelijkheid werden gesteld liepen sterk uiteen. De meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses waren:
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol (21%);
  - ongevallen (16%);
  - misbruik of afhankelijkheid van drugs (12%);
  - psychose (10%);

- vergiftiging (10%);
- hart- en vaatziekten (7%);
- ziekten van de ademhalingswegen (4%).

- De gemiddelde leeftijd van de psychostimulantiapatiënten in 2011 (hoofd- en nevendiagnoses samengenomen) was 29 jaar; 67 procent was man.
- De LMR registreerde in 2011 in totaal 147 gevallen van onopzettelijke vergiftiging met amfetaminen als nevendiagnose (ICD-9 code E854.2).

Figuur 6.6 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen met misbruik en afhankelijkheid van psychostimulantia (ecstasy en amfetamine) als hoofddiagnose en als nevendiagnose, vanaf 1996



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nevendiagnose	46	80	69	66	61	58	70	63	108	82	88	136	145	127	200	178
Hoofddiagnose	29	33	25	21	29	36	29	30	40	45	39	56	54	73	85	86

Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 304.4, 305.7 (bijlage B). Psychostimulantia zoals ecstasy en amfetamine worden onder dezelfde codes geregistreerd. Bron: LMR, DHD.

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut. De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) van de GGD Amsterdam registreert al sinds langere tijd het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp wegens drugsgebruik in Amsterdam en omgeving, maar data voor 2012 ontbreken. Voor de gegevens van de CPA in voorgaande jaren wordt verwezen naar het NDM Jaarbericht 2011.

Sinds 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Vogels en Croes, 2013). In 2012 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/

Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege het ontbreken van de registratiecijfers uit 2012 van de CPA in Amsterdam zijn de cijfers van deze dienst over alle jaren buiten deze rapportage gehouden, om een vergelijking over jaren mogelijk te maken. De CPA Amsterdam levert de ambulance cijfers uit Amsterdam en de regio Purmerend.

- In 2012 werden in totaal 2 961 drugsincidenten gemeld. Bij 1 142 meldingen was ecstasy betrokken; hiervan was in 903 gevallen ecstasy als enige drug gemeld (met of zonder alcohol).
- In tabel 6.5 worden de ecstasy-incidenten samengevat over de periode 2009-2012. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst. In deze periode werden in totaal 8 661 unieke drugsincidenten gemeld (exclusief de incidenten van de ambulances Amsterdam en Purmerend), waarvan 2 457 incidenten met ecstasy als enige drug. Negentig procent van de gemelde incidenten met ecstasy als enige drug in de MDI is afkomstig van de EHBO's op grootschalige evenementen.
    - Over de periode 2009-2012 hing 53 procent van alle gemelde incidenten van de EHBO-posten samen met het gebruik van ecstasy als enige drug. Het aandeel van incidenten na ecstasygebruik steeg hier van 39 procent in 2009 tot 61 procent in 2012.
    - Ook binnen de SEH-afdelingen van ziekenhuizen steeg het aandeel incidenten na ecstasygebruik (als enige drug), van 3 naar 11 procent. De cijfers van de ambulancediensten en politieartsen suggereren eveneens een stijging, maar de absolute aantallen zijn gering.
    - Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. De intoxicaties onder invloed van ecstasy als enige drug zijn op de EHBO-posten overwegend van lichte aard; bij de ambulances en de SEH-afdelingen van ziekenhuizen is bij driekwart sprake van een matige of ernstige intoxicatie.
    - De ernst van de intoxicatie is tussen 2009 en 2012 ook toegenomen. Bij de EHBO-posten viel in 2009 7 procent onder de definitie matige of ernstige intoxicatie. In 2012 was dat 20 procent.
    - Opvallend is het aandeel van vrouwen en jongeren met een incident onder invloed van ecstasy. Van alle incidenten met andere middelen dan ecstasy is meer dan driekwart man; bij incidenten onder invloed van ecstasy is 63 procent man.
- Bij de incidenten met ecstasy werd combinatiegebruik met een andere drug slechts beperkt gemeld.
    - Van alle incidenten waarbij ecstasy betrokken is, is in iets meer dan in een op de vijf gevallen nog een andere drug genomen.
    - Veertig procent had alleen ecstasy genomen, zonder combinatie met een andere drug of alcohol.

Tabel 6.5 Incidenten met ecstasy als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2012

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal)	94 (5%)	95 (6%)	53 (5%)	2 215 (53%)
Man	64%	68%	83%	59%
Leeftijd (mediaan)	23	23	24	22
Mate van intoxicatie*				
- Licht[I]	18%	23%	55%	87%
- Matig[II]	60%	48%	40%	11%
- Ernstig[III]	23%	28%	6%	1%

**Percentages berekend op de bekende aantallen (valide percentages). De registraties van de CPA Amsterdam (ambulancedata) zijn in deze tabel niet opgenomen. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Vogels en Croes, 2013).*

Amfetamine

- In 2012 werden in totaal 2 961 drugsincidenten gemeld. Bij 270 meldingen was amfetamine betrokken; hiervan was in 128 gevallen amfetamine als enige drug gemeld (met of zonder alcohol).
- In tabel 6.6 worden de amfetamine-incidenten samengevat over de periode 2009-2012. In deze periode werden in totaal 8 661 unieke drugsincidenten gemeld (exclusief de incidenten van de ambulances Amsterdam en Purmerend), waarvan 306 incidenten met amfetamine als enige drug.
  - De politieartsen zien relatief wat vaker gezondheidsincidenten die samenhangen met gebruik van stimulerende middelen zoals amfetamine (tabel 6.6) of cocaïne (tabel 4.6).
  - Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. De intoxicaties onder invloed van amfetamine als enige drug zijn op de EHBO-posten overwegend van lichte aard; bij de ambulances en de SEH-afdelingen van ziekenhuizen is de intoxicatie bij meer dan de helft matig of ernstig.
- Bij de incidenten na amfetaminegebruik was in 60 procent van de gevallen ook een andere drug gebruikt. Bij een kwart was alleen amfetamine gebruikt.

Tabel 6.6 Incidenten met amfetamine als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2012

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal)	71 (4%)	40 (2%)	59 (6%)	136 (3%)
Man	72%	83%	90%	68%
Leeftijd (mediaan)	27	28	30	22
Mate van intoxicatie*				
- Licht[I]	20%	40%	41%	90%
- Matig[II]	66%	38%	36%	8%
- Ernstig[III]	14%	23%	22%	2%

**Percentages berekend op de bekende aantallen (valide percentages). I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Vogels en Croes, 2013).*

6.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

- De laatste stand van wetenschap wijst op een (langdurige) verstoring van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming in zowel gebruikers als ex-gebruikers van ecstasy (Kalechstein et al., 2007; Rogers et al., 2009; Schilt, 2009; De Win, 2007; Jager, 2006).
- Deze verstoring kan langer dan een jaar aanhouden na stopzetting van het gebruik. Onbekend is of volledig herstel optreedt.
- De effecten zijn waarschijnlijk toe te schrijven aan ecstasygebruik, maar ondanks ruim twintig jaar onderzoek is nog steeds niet duidelijk hoe schadelijk ecstasy precies is. De gerapporteerde effecten zijn doorgaans klein, met uitzondering van de afname van het (verbale en werk-) geheugen, en vallen binnen de 'normale marge'. Ook kan bij het ontstaan van de gevonden afwijkingen niet met zekerheid worden vastgesteld wat de rol is geweest van andere factoren, zoals het gebruik van andere drugs of al aanwezige ziekten en kenmerken, omgevingsfactoren en een risicovolle leefstijl (Rogers et al., 2009; Halpern et al., 2011).
- De veranderingen hangen waarschijnlijk samen met afwijkingen aan serotonerge zenuwen in de hersenen. Bij proefdieren neemt de kans op hersenschade toe met een stijging van de lichaamstemperatuur na gebruik van MDMA. Bij de mens werkt dit waarschijnlijk ook zo. De kans op oververhitting en daardoor (langdurige) hersenschade neemt toe als een consument grotere hoeveelheden MDMA slikt in een warme omgeving (boven 18-20 graden). De precieze dosering die tot schade leidt is niet bekend.

- Resultaten van onderzoeken uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam en de Universiteit van Utrecht laten niet zien dat kortdurend of incidenteel gebruik van ecstasy (gemiddeld 1,8 tot 6 ecstasypillen) aanleiding geeft tot ernstige hersenschade en vermindering van hersenfuncties op langere termijn (De Win, 2007; Jager, 2006; Schilt, 2009). Toch kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat een lage dosis ecstasy veilig is.
- Onderzoek onder wat oudere ecstasygebruikers (40-55 jaar) laat zien dat de negatieve effecten van ecstasy op het verbale geheugen 'optellen' bij de normale leeftijdsgerelateerde achteruitgang van het geheugen (Schilt, 2009). Of ecstasygebruik op nog latere leeftijd (65+) het cognitieve verouderingsproces versnelt, is niet bekend.
- Misschien is er ook sprake van een genetische kwetsbaarheid voor de effecten van ecstasy op het verbale geheugen (Schilt, 2009).

Gecombineerd gebruik van ecstasy (MDMA) en andere middelen kan (acute) risico's met zich meebrengen.
- Laboratoriumonderzoek van de Universiteit van Leiden laat zien dat zowel MDMA als THC (het belangrijkste werkzame bestanddeel in cannabis) een toename van de hartslag kan veroorzaken. Bij gelijktijdig gebruik van beide middelen tellen deze effecten op. Ook houdt de verhoging van de lichaamstemperatuur na gebruik van MDMA langer aan als er ook THC wordt gebruikt (Dumont, 2009). De toename van de hartslag kan bij sommige personen tot gezondheidsproblemen leiden.
- Consumptie van een lage dosis alcohol (2-3 glazen) blijkt echter bepaalde fysiologische effecten van MDMA, zoals vochtretentie en een toename lichaamstemperatuur, enigszins af te zwakken (Dumont, 2009). Of deze uitkomsten ook praktische relevantie hebben is niet bekend. Voor hogere doseringen alcohol zou een omgekeerd effect kunnen gelden.
- Een omvangrijke overzichtsstudie van humaan onderzoek suggereert wel een zeker beschermend effect van alcohol op de schadelijke gevolgen van ecstasygebruik en voert hiervoor twee verklaringen aan. Mogelijk onderdrukt alcohol inderdaad de schadelijke gevolgen voor het brein door oververhitting na ecstasygebruik. Anderzijds behoren ecstasygebruikers die ook (gelijktijdig) alcohol consumeren wellicht tot een meer gematigde gebruikersgroep van ecstasy (Rogers et al., 2009).

Sterfte

Het precieze aantal sterfgevallen door gebruik van amfetamine en ecstasy is niet bekend.
- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS komen deze middelen niet vaak voor als primaire doodsoorzaak. Tussen 1996 en 2011 varieerde het aantal geregistreerde gevallen van slechts een tot zeven per jaar. In 2010 werd er maar een geval geregistreerd en in 2011 werden slechts twee gevallen geregistreerd. De codes waaronder deze gevallen worden geregistreerd omvatten niet alleen amfetamine en MDMA (-achtigen) maar ook andere stimulerende stoffen, zoals cafeïne, efedrine en khat.

- Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op drugs. In de overlijdensgevallen die in 2012 door het NFI werden onderzocht op drugs, werden in drie gevallen amfetaminen aangewezen en werd in één geval MDMA aangewezen als doodsoorzaak. In sommige van deze gevallen speelden ook andere drugs nog een rol bij het overlijden.

Volgens het EMCDDA (2013) spelen ecstasy en amfetamine ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn.

- Recentelijk werden aan ecstasy gerelateerde sterfgevallen gerapporteerd door Denemarken (2 gevallen), Duitsland (10 gevallen in 2011), Italië (1 geval in 2011), Cyprus (1 geval in 2011), Portugal (1 geval in 2011), het Verenigd Koninkrijk (24 gevallen in 2011) en Turkije (12 gevallen in 2011).
- Ecstasy werd niet altijd gerapporteerd als de directe doodsoorzaak. Andere factoren die mogelijk een rol speelden bij deze sterfgevallen zijn andere drugs, oververhitting, waterintoxicatie of een onderliggende ziekte.

6.8 Aanbod en markt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd. Een deel van deze monsters (pillen) wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend bij de instellingen zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

Samenstelling ecstasypillen

In 2012 boden consumenten in totaal 5 093 pillen aan bij het DIMS. In 2009, 2010 en 2011 waren dat respectievelijk 8 746, 5 544 en 5 587 pillen. Het hoge aantal in 2009 hangt waarschijnlijk samen met de verstoring van de ecstasymarkt, die in de tweede helft van 2008 startte, terwijl in de loop van 2009 de ecstasymarkt weer ‘herstelde’. Van de in 2012 aangeboden pillen werd ruim de helft (2 711 of 53%) herkend door de instelling. Het merendeel (97%) van deze herkende pillen bevatte MDMA. Van de 1 912 naar het laboratorium doorgestuurde pillen was 97 procent door de consument gekocht als ‘ecstasy’.

Tabel 6.7 geeft het percentage van de in het laboratorium geanalyseerde ‘ecstasypillen’ die MDMA en/of een andere stof bevatten. Weergegeven zijn alleen die pillen die door de consument gekocht zijn als ecstasypil, ongeacht de daadwerkelijke samenstelling.

- In 2012 bevatte 92 procent van de pillen alleen een MDMA-achtige stof (MDMA, MDA, MDEA of MBDB). Dat is een flinke stijging ten opzichte van de jaren ervoor en zeker 2009 toen 58 procent van de in het laboratorium geanalyseerde pillen alleen een MDMA-achtige stof bevatte. Dit geeft aan dat de markt steeds 'puurder' aan het worden is.
- Het gaat hier doorgaans alléén om MDMA. MDA en MDEA worden sporadisch nog wel aangetroffen (ook vaak in combinatie met MDMA). Ook werd er 13 keer MBDB aangetroffen (zie ook onder 'Overige stoffen').
- In 2009 werd een piek bereikt in het aandeel ecstasypillen waarin MDMA was vervangen voor allerlei andere stoffen (21%). Het ging daarbij vaak om meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (mCPP), maar ook werden voor het eerst 'nieuwe' stoffen, zoals 4-fluoramfetamine en mefedron, aangetroffen (zie ook onder 'Overige stoffen').
- In 2010 zette het 'herstel' van de ecstasymarkt in en in 2012 bevat nog maar drie procent van de ecstasypillen alleen een andere farmacologisch actieve stof. Onder deze stoffen bevinden zich enkele 'nieuwe psychoactieve stoffen', zoals 4-fluoramfetamine, mefedron, 5-APB en 6-APB.
- Net als in 2011 blijft er in een deel van de pillen op de markt de potentieel schadelijke stof PMMA aanwezig, toen waren dat er 28 en in 2012 kwam het in 26 van de geanalyseerde ecstasypillen voor (zie ook onder 'Overige stoffen').
- Het aandeel pillen dat als ecstasy is verkocht en geen MDMA-achtige, maar wel amfetamine of methamfetamine bevatte, nam toe van 1,4 procent in 2008 naar 5,1 procent in 2009 en daalde vervolgens naar 3,3 procent in 2010 en 1,8 procent in 2012.

Tabel 6.7 Aantal en samenstelling (%) van bij het DIMS aangeleverde 'ecstasy'pillen die in het laboratorium zijn geanalyseerd, vanaf 2001

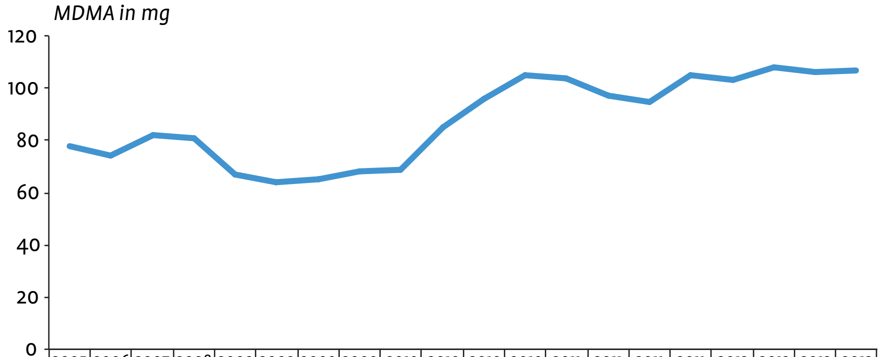
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aantal geanalyseerde pillen	*2 359*	*2 130*	*2 177*	*1 985*	*2 134*	*2 523*	*2 319*	*2 185*	*2 182*	*2 359*	*2 183*	*1 848*
	%	*%*	*%*	*%*	*%*	*%*	*%*	*%*	*%*	*%*	*%*	*%*
Alleen MDMA-achtigen[I]	89,9	88,2	89,0	92,0	84,4	76,8	80,1	70,6	58,0	82,4	83,9	91,9
Combinatie MDMA-achtigen+ andere actieve stof[II]	7,4	8,2	8,3	5,4	7,8	13,0	11,0	9,4	13,9	2,4	10,4	1,7
(Meth) amphetamine	0,7	1,7	1,0	0,3	3,9	0,9	0,4	0,5	4,9	2,6	0,6	0,4
(Meth) amfetamine+ overige stof	0,3	0,2	0,2	0,0	0,1	0,9	0,3	0,9	0,2	0,3	1,3	1,4
Andere farmacologisch actieve stof	1,1	0,8	0,6	1,7	3,2	7,1	7,3	15,3	20,5	10,9	2,7	3,2
Geen farmacologisch actieve stof	0,6	0,8	0,8	0,7	0,7	1,2	0,8	3,3	2,5	1,4	1,1	1,4

Percentage pillen die een bepaalde stof of combinatie van stoffen bevatten. Categorieën sluiten elkaar uit en tellen op tot 100 procent. I. Onder MDMA-achtige wordt hier verstaan: MDMA en/of MDEA en/of MDA en/of MBDB. II. Farmacologisch actieve stoffen, zoals cafeïne, paracetamol en mCPP. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- De stijging in de gemiddelde hoeveelheid MDMA in ecstasypillen in 2010 en 2011 zette zich in 2012 voort (figuur 6.7). In 2012 bevatte een in het laboratorium geanalyseerde MDMA pil gemiddeld 107 mg. De hoogst gemeten dosering was 244 mg. De gemiddelde dosering in de bij de testservices herkende (en in het laboratorium geanalyseerde) pillen lag in 2012 gemiddeld nog hoger, rond de 130 mg.
- Figuur 6.8 laat zien dat het aandeel hooggedoseerde ecstasypillen (meer dan 101 mg MDMA) scherp daalde in 2009 om daarna weer te stijgen naar meer dan 50 procent in 2011 en 2012.

- Deze trends suggereren dat MDMA (en de grondstoffen voor de productie van MDMA) in de laatste drie jaar weer ruimschoots beschikbaar is, na een tijdelijk tekort in 2009.
- De toename in hooggedoseerde pillen ging gepaard met een toename van het aandeel matig tot ernstige acute gezondheidsverstoringen, vooral op grootschalige evenementen (§ 6.6). Ook een 'roekelozer gebruik' en onderschatting van de gezondheidsrisico's, vooral onder jonge gebruikers, kan hier debet aan zijn. Gebruik van hooggedoseerde ecstasy verhoogt de kans op overdosering, waardoor oververhitting, acute psychotische verschijnselen, hartritmestoornissen en leverfalen kunnen optreden.

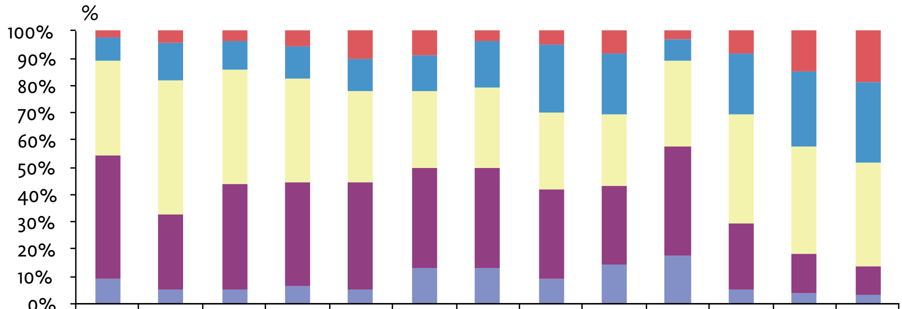
Figuur 6.7 Trend in het gemiddelde gehalte (mg) MDMA in ecstasypillen die in het laboratorium zijn geanalyseerd



	2005 I-IV	2006 I-IV	2007 I-IV	2008 I-IV	2009 I	2009 II	2009 III	2009 IV	2010 I	2010 II	2010 III	2010 IV	2011 I	2011 II	2011 III	2011 IV	2012 I	2012 II	2012 III	2012 IV
MDMA (mg)	78	74	82	81	67	64	65	68	69	85	96	105	104	97	95	105	103	108	106	107

Gehalte in pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten. Data zijn weergegeven per jaar van 2005-2008 en per kwartaal van 2009-2012. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Figuur 6.8 Concentratie (mg) van MDMA in 'ecstasy'-pillen aangeleverd bij DIMS, vanaf 2000



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
>140 mg	2	4	4	6	10	9	3	5	8	3	8	15	19
106-140 mg	9	14	11	12	12	13	17	25	22	7	22	28	29
71-105 mg	35	49	42	38	34	28	30	28	26	32	40	39	38
36-70 mg	45	28	39	38	39	36	37	33	29	40	25	14	11
1-35 mg	9	5	5	7	5	13	13	9	14	18	5	4	3

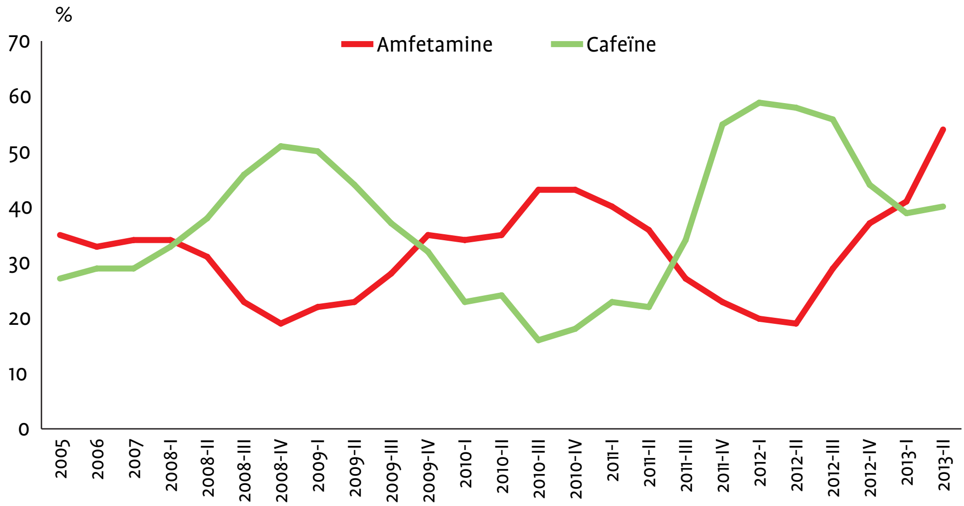
Percentage pillen met een bepaalde hoeveelheid MDMA. Het gaat om pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Samenstelling speedpoeders

Speed is de straatnaam voor amfetamine. Evenals voor ecstasy zijn er tussen medio 2008 en medio 2009 ook duidelijke veranderingen waargenomen in de samenstelling van monsters die als speed zijn gekocht (DIMS, 2013). In 2010 lijkt deze trend weer te keren, maar de 'opleving' lijkt van korte duur te zijn. In 2012 werden 1 639 poeders die als speed zijn gekocht in het laboratorium geanalyseerd.

- Het overgrote deel (96%) bevatte amfetamine (zonder methamfetamine), net zo veel als in 2011.
- Methamfetamine, een extra sterke variant van amfetamine, is weinig populair in Nederland, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Verenigde Staten. Slechts zes poeders die in 2012 als 'speed' werden verkocht bevatten alleen methamfetamine (0,4%) en vier poeders (0,3%) bevatten zowel amfetamine als methamfetamine.
- In 2012 bevatte 77 procent van de speedpoeders (ook) het versnijdingsmiddel cafeïne. Dat is vergelijkbaar met 2011 (74%).
- Opvallend zijn de tegengestelde trends in het gehalte amfetamine en cafeïne in de jaren 2008 tot en met 2012 (figuur 6.9). Na een daling van het gehalte amfetamine in de loop van 2011 steeg dit weer in 2012, terwijl het gehalte cafeïne eerst toenam en in 2012 weer afnam.
- Gemeten over heel 2012 bedroeg de concentratie amfetamine gemiddeld 27 procent. In 2011 was dit 30 procent en in 2010 39 procent. In figuur 6.9 is duidelijk te zien dat de amfetaminemarkt aan fluctuaties onderhevig is de laatste jaren.
- Sinds 2009 wordt er geregeld 4-fluoramfetamine gevonden in monsters verkocht als speed. In 2012 was dat 46 keer. In 2012 werd ook de stof 4-methylamfetamine 191 keer aangetroffen (zie ook onder 'Overige stoffen').

Figuur 6.9 Gehalte amfetamine en cafeïne in speedpoeders, vanaf 2005



Percentage amfetamine en het versnijdingsmiddel cafeïne in speedpoeders, die zowel amfetamine als cafeïne bevatten. Data zijn weergegeven per jaar van 2005-2007 en per kwartaal van 2008-2013. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Overige stoffen

Tabel 6.8 geeft een overzicht van de aantallen door het DIMS aangetroffen monsters (pillen, poeders, vloeistoffen, of anderszins) met stoffen die in het kader van het Europees Early Warning System (EWS) continu worden gemonitord of die anderszins een mogelijk gevaar voor de volksgezondheid vormen.

- Stoffen zoals 4-MTA, BZP, DOB en MBDB komen de laatste jaren niet of nauwelijks nog op de Nederlandse markt voor.
- In 2010, 2011 en 2012 werden steeds meer pillen met PMMA (para-Methoxymethamphetamine) aangetroffen, in doseringen die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid. In mei 2013 werd zelfs een pil aangetroffen die uitsluitend PMMA bevatte met een dosering van 120 mg. De effecten van PMMA lijken op die van MDMA maar treden pas veel later op. Door deze vertraagde werking is de kans op overdosering groot, met symptomen zoals een verhoogde hartslag en extreem verhoogde lichaamstemperatuur. In Noorwegen zijn over 2010 twaalf sterfgevallen gerapporteerd na gebruik van PMMA. Ook in Nederland zijn er in de afgelopen jaren enkele sterfgevallen geweest ten gevolge van PMMA gebruik. In Nederland is na het verschijnen van deze stof enkele malen een waarschuwingscampagne gehouden. Ook de op PMMA zeer gelijkende stof PMA dook in 2010 en 2011 een aantal keer op in poeders verkocht als speed.
- De hallucinogene stof 2C-B, die medio jaren negentig veel werd aangetroffen in ecstasypillen, wordt sinds 2008 ook geregeld aangetroffen in aangeboden drugsmonsters (56 keer in 2012).

- Ook het narcosemiddel ketamine met sterk hallucinogene eigenschappen is in 2010, 2011 en 2012 vaker aangetroffen dan in voorgaande jaren. In 2011 signaleerden sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven dat narcosemiddelen zoals ketamine, GHB en lachgas, blijvertjes zijn geworden, maar dat het gebruik van ketamine zich lijkt te beperken tot het alternatieve uitgaanscircuit, en beduidend minder populair is dan GHB. Onvoorspelbare effecten en soms lastige verkrijgbaarheid kunnen daarbij een rol spelen (Nabben et al., 2012).
- Eind 2004 verscheen de stof meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (mCPP) op de Nederlandse ecstasymarkt en werd het sindsdien steeds vaker aangetroffen, met een piek in 2009. De stof mCPP werkt net zoals MDMA op serotonerge hersencellen, maar heeft nauwelijks stimulerende effecten. Gebruikers rapporteren vooral negatieve effecten (Bossong, 2009; Brunt en Niesink, 2011).
- Benzylpiperazine (BZP) is een andere piperazine die sinds 2003 sporadisch in ecstasypillen is aangetroffen. Bezorgdheid over de groeiende populariteit van BZP in sommige Europese landen (vooral het Verenigd Koninkrijk) waren aanleiding voor een Europese risicoschatting voor BZP in 2007. In navolging van de aanbevelingen die hieruit voortkwamen is op 3 maart 2008 besloten om BZP onder controle van de nationale drugswetgeving in de lidstaten van de EU te brengen. BZP is vervolgens in Nederland op 31 augustus 2009 onder het regiem van de Opiumwet gebracht.

Nieuwe psychoactieve stoffen

- Nieuwe stoffen die in 2009, 2010, 2011 en 2012 herhaaldelijk bij het DIMS zijn gesignaleerd zijn mefedron, 4-methylamfetamine (4-MA), 4-fluoramfetamine en 4-fluormethamfetamine (zie tabel 6.7). Mefedron is een stimulerende stof met op amfetamine en MDMA gelijkende effecten. De verslavende werking is vermoedelijk groter dan die van MDMA (Brunt et al., 2011). In Nederland rapporteerde het Nederlands Forensisch Instituut een geval van extreme agitatie en zelfverwonding met dodelijke afloop na gebruik van mefedron in combinatie met amfetamine (Lusthof et al., 2011). In Nederland wordt mefedron vooral aangeboden in pillen verkocht als ecstasy. Naar aanleiding van een Europese risicoschatting voor mefedron in 2010 heeft de Raad van de EU op 3 december 2010 besloten dat dit middel onder controle van de nationale drugswetgeving moet worden gebracht. In Nederland is mefedron op 9 mei 2012 onder het regiem van de Opiumwet gebracht.
- Vanaf 2010 werd de stof 4-methylamfetamine (4-MA) in toenemende mate in speedmonsters aangetroffen (191 keer in 2012), soms ook als hoofdstof. Dit middel werd in België en het Verenigd Koninkrijk in acht gevallen en in Nederland in vijf gevallen geassocieerd met een fatale intoxicatie. Naar aanleiding van een quick scan van het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) is 4-MA vanwege het hoge gezondheidsrisico met onmiddellijke ingang op 8 juni 2012 onder de werking van de Opiumwet (lijst I) gebracht (Staten-Generaal 33564 A-1; Staten-Generaal 33564-1).

- 4-Fluoramfetamine is een amfetamine analoog met effecten op zowel serotonerge als dopaminerge hersencellen. Dierexperimenteel onderzoek suggereert dat het minder stimulerend en verslavend is vergeleken met amfetamine (Marona-Lewicka et al., 1995; Negus et al., 2007).
- Vanaf 2010 werd ook de nieuwe stof 4-fluor*meth*amfetamine gesignaleerd. Over deze stof is bijna niets bekend.
- In Nederland worden mCPP, 4-fluoramfetamine en 4-fluormethamfetamine beschouwd als niet geregistreerde geneesmiddelen die vallen onder de geneesmiddelenwet (GW), voorheen de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG). Zonder vergunning handelen in deze middelen is verboden.
- Om de opkomst, verspreiding en risico's gerelateerd aan 'nieuwe psychoactieve stoffen' beter te kunnen monitoren, heeft het Ministerie van VWS besloten een meldpunt voor nieuwe drugs op te richten. Dit meldpunt is ondergebracht bij het DIMS en is sinds medio 2012 operationeel.

Tabel 6.8 Aantal monsters met overige psychoactieve stoffen, vanaf 2005

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Totaal aantal geanalyseerde monsters	*4 095*	*4 580*	*4 727*	*4 671*	*5 086*	*5 735*	*5 783*	*5 985*
GHB/GBL	114	142	203	234	61	139	141	148
DOB	0	1	0	1	0	0	0	0
Ketamine	17	50	80	65	66	126	96	147
MBDB	1	0	0	0	0	0	4	13
2C-B	9	18	21	75	81	79	61	78
4-MTA	0	0	0	0	0	0	0	0
Strychnine	0	0	0	0	0	0	0	0
Atropine	5	0	2	0	0	0	0	0
BZP	0	13	4	0	5	6	4	1
mCPP	92	256	323	331	423	209	114	115
PMA/(PMMA)[I]	0	0	0	0	0	40	46	37
Mefedron	-	-	-	-	63	62	42	14
4-fluoramfetamine	-	-	-	6	89	50	74	95
4-fluormethamfetamine	-	-	-	-	-	18	14	1
4-MA	-	-	-	-	-	109	117	199

Het betreft alleen monsters (pillen, poeders, vloeistoffen e.d.) die in het laboratorium zijn geanalyseerd. I. Pillen met meer dan 1 mg. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Prijzen

De Amsterdamse Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een ecstasypil of een gram amfetamine. De aankoopprijzen van beide middelen zijn de afgelopen jaren gestegen.

Ecstasy

- Consumenten die ecstasypillen bij DIMS lieten testen betaalden in 2012 gemiddeld 4 euro per ecstasypil (uiteenlopend van 0,5-20 euro). Dat is meer dan in 2008 (gemiddeld 2 euro) en 2009 (gemiddeld 3 euro) (DIMS, 2013). De mediaan ligt echter wel op 2 euro in 2012 tegenover 3 euro in de jaren ervoor.
- De Antenne-monitor in Amsterdam constateerde in 2012 een prijs van tussen de 5 en 15 euro voor een ecstasypil en tussen de 5 en 10 euro voor een ecstasypil in de meest gangbare prijsklasse (Benschop et al., 2013).

Amfetamine

- Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen betaalden in 2012 tussen 3 en 30 euro (gemiddeld 9 euro) per gram amfetamine (DIMS, 2013). In 2011 lag het gemiddelde op 8 euro en varieerde de prijs van 3 tot 17 euro per gram amfetamine (DIMS, 2012). Er lijkt dus sprake van een prijsstijging van amfetaminemonsters per gram (tabel 6.9).
- Volgens sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven was in 2012 de prijs voor een gram amfetamine tussen de 10 en 20 euro en tussen de 10 en 15 euro in de meest gangbare prijsklasse (Benschop et al., 2013).

Tabel 6.9 Prijzen op consumentenniveau van ecstasy en amfetamine van 2008 tot 2012[I]

	2008	2009	2010	2011	2012
Amfetamine					
Aantal monsters (n)	843	973	969	843	650
Gemiddelde (€)	6	8	6	8	9
Mediaan (€)	5	6	6	5	11
Minimum – maximum (€)	5-15	1-25	2-15	3-17	3-30
Ecstasy					
Aantal monsters (n)	1 766	1 561	1 994	1 855	1 611
Gemiddelde (€)	2	3	4	4	4
Mediaan (€)	2	3	3	3	2
Minimum – maximum (€)	1-10	1-10	1-10	1-16	0,50-20

I. Prijs per ecstasypil en per gram amfetamine. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

7 GHB

GHB staat voor gammahydroxyboterzuur en is een middel dat doorgaans wordt verkocht in de vorm van een vloeistof. Populaire namen voor GHB zijn "liquid E", "liquid X", of "G" (Benschop et al., 2009). Evenals alcohol veroorzaakt GHB een lichte roes, maar het kan ook hallucinaties veroorzaken en een stimulerende werking hebben. GHB kan bij de 'gewone' recreatieve doseringen ook ongewenste effecten hebben zoals vermoeidheid, vergeetachtigheid, misselijkheid, overgeven en stuiptrekkingen. Bij een hogere dosering (overdosering) kan de gebruiker in coma raken. Het verschil tussen de 'recreatieve' dosering en overdosering is vaak klein. Bij het ontwaken uit de coma voelt de persoon zich wakker en alert, maar soms ook gedesoriënteerd of agressief. GHB is een middel dat al na enkele weken dagelijks gebruik tot verslaving kan leiden. Acute onthouding kan riskant zijn. In 2013 is een practice-based behandelprotocol voor detoxificatie verschenen (Stichting Resultaten Scoren/NISPA, 2013). De recidive of terugval naar GHB gebruik na detoxificatie is echter groot (§ 7.6).

GHB staat in de media ook wel bekend als 'rape-drug', maar de link tussen het gebruik van GHB en seksueel misbruik is niet sterk onderbouwd (§ 7.7). GHB gebruik komt voor in verschillende groepen mensen zoals uitgaanders, gemarginaliseerde groepen en thuisgebruikers.

De ingrediënten voor GHB, zoals GBL (gamma-butyrolacton) en natronloog (gootsteenontstopper), zijn eenvoudig te krijgen. GBL is een schoonmaakmiddel dat via internet kan worden besteld. In pure vorm is dit middel nog sterker dan GHB, maar gebruik is gevaarlijk. In onverdunde vorm kan GBL irritatie en ernstige beschadiging van slokdarm en maag veroorzaken. Het aantal gebruikers van GBL is vermoedelijk klein, maar betrouwbare cijfers over aard en omvang van het GBL gebruik ontbreken. Aangezien GBL meestal niet apart wordt geregistreerd of uitgevraagd in onderzoek hebben de cijfers in dit hoofdstuk betrekking op GHB/GBL, tenzij anders aangegeven.

Het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) heeft de risico's van GHB ingeschat op gemiddeld tot hoog (CAM, 2011; Van Amsterdam et al., 2012a). GHB is op 9 mei 2012 verplaatst van lijst II van de Opiumwet naar lijst I (zie § 2.1.1). Met deze wijziging wordt een signaal over de risico's aan (potentiële) consumenten gegeven en is tevens de handel in precursoren, zoals GBL en 1,4-BD, gericht op de productie van GHB, als voorbereidingshandeling strafbaar geworden.

7.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over GHB in dit hoofdstuk zijn:

- In de algemene bevolking is het percentage actuele GHB gebruikers kleiner dan dat van ecstasy en gelijk aan dat van amfetamine (§ 7.2).

- Het gebruik van GHB onder scholieren van het regulier onderwijs komt relatief weinig voor (§ 7.3).
- De laatste jaren lijkt het gebruik van GHB zich te hebben verlegd van uitgaande jongeren en jongvolwassenen in de Randstad naar een grotere groep gebruikers uit de provincie, die het middel ook buiten het uitgaansleven consumeren (§ 7.3).
- De hulpvraag vanwege GHB verslaving bij instellingen voor verslavingszorg is in 2012 verder gestegen, maar het aandeel van GHB in de totale drugsproblematiek blijft beperkt (§ 7.6).
- GHB verslaving gaat vaak samen met andere psychische stoornissen en de terugval na klinische detoxificatie is aanzienlijk (§ 7.6).
- Op de EHBO-posten is het aandeel GHB intoxicaties dat als matig en ernstig kon worden geclassificeerd toegenomen tussen 2009 en 2012 (§ 7.6).
- Er zijn signalen dat ook het gebruik van GBL bij gezondheidsincidenten een rol speelt, maar de omvang is niet bekend (§ 7.6).
- GHB komt voor in het bloed van verkeersdeelnemers die van drugsgebruik worden verdacht (§ 7.6).
- Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is (§ 7.7).
- GHB is een relatief goedkope drug (§ 7.8).

7.2 Gebruik: algemene bevolking

Recente cijfers over GHB gebruik in de algemene bevolking ontbreken. In het Nationaal Prevalentie Onderzoek van 2009 (Van Rooij et al., 2011) zijn vragen over GHB meegenomen, maar alleen in de periode april tot en met december. De uitkomsten hebben daardoor betrekking op een iets kleiner deel van de steekproef (4 599 ondervraagden) vergeleken met die voor de andere middelen, waarvoor vragen gedurende geheel 2009 in het onderzoek zijn meegenomen (5 769 ondervraagden). Qua steekproefsamenstelling zijn er geen verschillen.

- In 2009 had 1,3 procent van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ooit GHB gebruikt.
  - Meer mannen (1,6%) dan vrouwen (0,9%) hadden ervaring met GHB.
  - Onder 25-44 jarigen is het ooitgebruik het hoogst: 2,2 versus 1,7 procent onder 15-24 jarigen en 0,1 procent onder 45-64 jarigen.
- Recent (in het afgelopen jaar) had 0,4 procent GHB gebruikt en actueel (in de afgelopen maand) had 0,2 procent GHB gebruikt.
- Omgerekend naar absolute getallen hebben naar schatting 144 000 mensen ervaring met GHB. Het aantal actuele GHB gebruikers is naar schatting 22 000.

7.3 Gebruik: jongeren

Scholieren

Vergeleken met andere drugs hebben scholieren van het regulier voortgezet onderwijs weinig ervaring met het gebruik van GHB.

- Volgens het Peilstationsonderzoek in 2011 had 0,5 procent van de scholieren van 12-18 jaar wel eens GHB gebruikt (Verdurmen et al., 2012). Dat verschilt niet statistisch significant van het percentage in 2007 (0,6%).
- In 2011 rapporteerde 0,1 procent GHB gebruik in de afgelopen maand (Verdurmen et al., 2012).
- In het Peilstationsonderzoek van 2003 was GHB nog niet meegenomen.

Scholieren in Amsterdam

Het Bonger Instituut voor Criminologie van de Universiteit van Amsterdam monitort via de Antenne het gebruik van alcohol en drugs onder middelbare scholieren in Amsterdam (Nabben et al., 2012). In 2011 is de Antenne uitgevoerd onder brugklassers, derdeklassers en oudere leerlingen.

- Van de brugklassers had vrijwel niemand ooit GHB gebruikt.
- Ook van de derdeklassers had vrijwel niemand ooit GHB gebruikt.
- Van de oudere leerlingen had 1,5 procent ooit GHB gebruikt en had ook 1,5 procent in het afgelopen jaar nog GHB gebruikt.

Speciale groepen

Het gebruik van GHB lijkt onder bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen meer voor te komen dan onder de scholieren van het reguliere onderwijs, hoewel leeftijdsverschillen en verschillen in methoden van onderzoek geen precieze vergelijking toelaten. Een volledig beeld van risicogroepen van GHB gebruikers ontbreekt. Tabel 7.1 geeft een indruk van de omvang van het gebruik van GHB in uiteenlopende groepen.

- Kwalitatief onderzoek suggereert dat GHB gebruik vanaf eind jaren negentig een opmars kende onder trendy uitgaanders in Amsterdam. Deze opmars kende een stabilisatie rond 2003 en na dit jaar leek het gebruik duidelijk weer af te nemen onder deze groep. In 2008 werd echter in sommige vriendenkringen van Amsterdamse uitgaanders geconstateerd dat GHB daar zo ruim aanwezig is dat het bijkans “uit de kraan komt” (Benschop et al., 2009). Panelleden van de Antenne-monitor 2008 schatten in dat GHB een “blijvertje” is geworden. Ook wordt later gesignaleerd dat het riskant gebruik lijkt toe te nemen en dat de scheidslijn tussen gebruik in het weekend en doordeweeks in sommige kringen begint te vervagen (Nabben et al., 2010).
- In 2010 constateerde de Antenne-monitor dat het brouwen van GHB bij sommigen een “doe-het-zelf project” is geworden (Benschop et al., 2011). In netwerken van gebruikers waarin zich een GHB brouwer bevindt, is er geen schaarste aan GHB. Het recept om thuis GHB te maken staat op internet.

- Verschillende overwegend kwalitatieve onderzoeken suggereren dat er grofweg drie gebruikersgroepen van GHB te onderscheiden zijn: gebruikers die GHB nemen voorafgaand, tijdens of na het uitgaan; gemarginaliseerde groepen (waaronder zowel probleemjongeren of hangjongeren als de meer ‘ klassieke’ verslaafden) en ‘thuisgebruikers’ (Horjus en Van Goor, 2011; Voorham en Buitenhuis, 2012; Korf et al., 2012). De laatste groep omvat mensen die om verschillende redenen samen met vrienden en kennissen in de context van ‘huisfeesten’ (in plaats van of na afloop van reguliere feesten) GHB gebruiken, maar omvat ook afhankelijke gebruikers, voor wie het gebruik niet (langer) een sociale aangelegenheid is.

In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde party’s en festivals (Van der Poel et al., 2010).
- Voor GHB werden percentages gevonden van 14 procent ooitgebruik en 5 procent actueel gebruik met een gemiddelde leeftijd van 23 jaar.
- Tijdens de uitgaansavond zelf had 3 procent van alle bezoekers GHB gebruikt, maar dit percentage varieerde sterk tussen party’s (range: 0% tot 20%).

In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio’s van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen en Drenthe), Oost (Overijssel en Gelderland), Midden (Flevoland en Utrecht), West (Noord- en Zuid-Holland), en Zuid (Zeeland, Noord-Brabant en Limburg).
- Het percentage clubbezoekers dat ervaring had met GHB varieerde van 8,4 procent in de regio West tot 3,9 procent in de regio Noord.
- Het percentage actuele GHB gebruikers varieerde van respectievelijk 2,2 en 1,9 procent in de regio’s West en Midden tot 1,2 en 1,1 procent in de regio’s Noord en Zuid.
- Landelijk gezien had 6 procent van de clubbezoekers ooit GHB gebruikt en was naar schatting bijna 2 procent een actuele gebruiker. Ruim driekwart van de actuele gebruikers was man en tussen 20-29 jaar oud.
- Tijdens de uitgaansavond/nacht zelf had 0,7 procent GHB gebruikt. Bijna al deze gebruikers waren man en vielen in de leeftijdscategorie van 20-29 jaar.

Het gebruik van GHB komt vaker voor onder jongeren in de residentiële jeugdzorg en in justitiële jeugdinrichtingen (tabel 7.1), vergeleken met scholieren van het reguliere onderwijs (Kepper et al., 2009b).
- In de residentiële jeugdzorg had 8 procent van de jongeren van 13-18 jaar ervaring met GHB en had 1 procent in de afgelopen maand nog GHB gebruikt. Van de jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam in 2012 had 3 procent ooit GHB gebruikt en had een procent in de afgelopen maand nog GHB gebruikt (Benschop et al., 2013).
- Onder jongens in justitiële jeugdinrichtingen was dat respectievelijk 5 procent (ooitgebruik) en 3 procent (gebruik in de maand voorafgaand aan hun verblijf in de inrichting).
- Zes procent van de 15-16 jarige jongeren uit de residentiële jeugdzorg en eveneens

zes procent van de 15-16 jarige jongens uit justitiële jeugdinrichtingen had ooit GHB gebruikt. Onder hun leeftijdgenoten uit het reguliere onderwijs was dat een procent.

Er zijn ook cijfers beschikbaar over GHB gebruik onder een selecte groep van jongeren die deel namen aan de Grote Slikken en Spuiten Internet Enquête uit 2011 (Benschop en Korf, 2011).

- Hun gemiddelde leeftijd was 23 jaar en 55 procent was vrouw.
- Van deze groep hadden 237 jongeren ooit GHB gebruikt (7%) en hadden 66 jongeren de afgelopen maand nog GHB gebruikt (2%). Een minderheid van 20 procent van de actuele gebruikers had de GHB alleen tijdens het uitgaan gebruikt. De meerderheid gebruikte de GHB alleen thuis, of zowel thuis als tijdens het uitgaan. Ongeveer een op de tien actuele gebruikers gebruikte GHB dagelijks of bijna dagelijks.
- Van de huidige gebruikers kocht 36 procent de GHB van een vriend of bekende, 29 procent kreeg het van een bekende, 18 procent kocht het van een dealer, 3 procent kocht het van internet en 14 procent maakte de GHB zelf.

Tabel 7.1 Gebruik van GHB in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Gebruik (%)	
Speciale groep *Uitgaande jongeren en jongvolwassenen*				*Ooit*	*Actueel*
- Cafébezoekers[I]	Amsterdam[I]	2010	Gemiddeld 27	11,2%	1,9%
- Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gemiddeld 25	15,7%	4,7%
- Bezoekers van coffeeshops	Amsterdam	2009	Gemiddeld 28	12,9%	1,5%
- Bezoekers van clubs en discotheken	Landelijk	2008/2009	Gemiddeld 21	6,4%	1,7%
- Bezoekers van party's en festivals	Landelijk[I]	2008/2009	Gemiddeld 23	14,3%	4,6%
Probleemjongeren					
- Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	Gemiddeld 15	7,7%	1,2%
- Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	Gemiddeld 16	3%	1%
- Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[II]	Landelijk	2009	Gemiddeld 16	5,2%	2,6%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Verschillende groepen zijn onderzocht met hun corresponderende leeftijdscategorieën. I. Geringe respons (28%). II. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's.

Bronnen: Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2010); Antenne 2010, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2011); Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/ UvA (Van der Poel et al., 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a); Antenne 2012, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2013).

7.4 Problematisch gebruik

Zelfs bij personen die slechts gedurende een korte periode, bijvoorbeeld enkele weken, frequent GHB hebben gebruikt kan zich afhankelijkheid ontwikkelen (Perez et al., 2006).

- Vanwege de korte werkingsduur nemen intensieve gebruikers vaak dag en nacht elke twee tot vier uur een dosis om onthoudingsverschijnselen tegen te gaan (Van Noorden et al., 2010). Abrupt stoppen met GHB kan leiden tot symptomen zoals overvloedig zweten, plotselinge angstaanvallen en snelle hartslag (Van Noorden et al., 2009). De ernst van dit onthoudingssyndroom kan variëren, maar levensbedreigende complicaties zijn beschreven (Veerman et al., 2010). De symptomen beginnen doorgaans binnen een aantal uren na de laatste inname.
- Bij de behandeling van dit onthoudingssyndroom is toediening van medicijnen vaak noodzakelijk. Het gaat daarbij meestal om hoge doseringen benzodiazepinen. In Nederland is ook klinische ervaring opgedaan met het gecontroleerd afbouwen van GHB door toediening van medicinale GHB (Van Noorden et al., 2010). In 2010 is onderzoek gestart om de veiligheid en doeltreffendheid van deze methode in kaart te brengen (NISPA, 2013). Daartoe zijn 229 GHB cliënten van zes instellingen voor verslavingszorg behandeld en gedurende een langere periode gevolgd (zie § 7.6).

Cijfers over het aantal probleemgebruikers van GHB in Nederland ontbreken. Wel suggereren meerdere bronnen dat dit aantal stijgende is. Het gaat dan zowel om acute problemen als verslavingsproblematiek (zie § 7.6).

- Uit kwalitatief onderzoek in Nederland in 2006/2007 kwam naar voren dat er voor het eerst GHB verslaafden in het uitgaansnetwerk werden gesignaleerd. Dit waren vooral dagelijkse gebruikers, die vaak om de paar uur een dosis GHB namen (Nabben et al., 2007).
- Diverse organisaties op het gebied van uitgaan en verslaving signaleerden een verandering in houding van bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen ten opzichte van GHB gebruik. Het gebruik lijkt normaler te worden gevonden. GHB wordt gezien als een goedkoop alternatief voor alcohol en andere drugs. Out gaan (comateuze toestand) wordt door gebruikers vaak gezien als een relatief onschuldig bijeffect van GHB.
- Mogelijk zijn er (lange termijn) risico's verbonden aan het herhaaldelijk out gaan na GHB gebruik, maar gedegen onderzoek hiernaar ontbreekt (Van Amsterdam et al., 2012).

Hoewel het gebruik van GHB in het uitgaansleven vermoedelijk, evenals voor veel andere middelen, het hoogst is in de Randstad, zijn er signalen dat het probleemgebruik zich vooral voordoet in een aantal andere regio's, al lijkt er een toename in de verspreiding te zijn.

- Volgens cijfers van de verslavingszorg (LADIS) deed de GHB hulpvraag zich in 2007 vooral voor in delen van Noord-Brabant en Friesland; in 2012 komen er relatief veel

hulpvragen uit Noord-Holland, Flevoland, Brabant, Friesland, Gelderland, Noord-Limburg en Twente.

- Ook recent onderzoek onder problematische GHB gebruikers die in aanraking zijn gekomen met de politie, suggereert een specifieke regionale spreiding (Korf et al., 2012).
  - Zo lijkt de jongste groep (straatjongeren) de meerderheid te vormen in plattelandsdorpen in delen van sommige provincies (Overijssel, Gelderland, Brabant, Zuid-Holland en Zeeland).
  - De uitgaanders vormen naar inschatting van deskundigen een meerderheid in – vooral, maar niet uitsluitend, stedelijke – delen van de provincies Overijssel, Gelderland, Noord-Holland en Limburg.
  - Thuisgebruikers lijken buiten (delen van) de noordelijke en oostelijke provincies, nauwelijks of niet voor te komen onder de problematische GHB gebruikers die in aanraking komen met de politie.
  - Niettemin worden meerdere typen gebruikers binnen dezelfde provincie gesignaleerd en is er ook binnen een provincie soms sterke variatie, zelfs tussen dorpen en steden die dicht bij elkaar liggen.

7.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Er zijn weinig gegevens beschikbaar over het gebruik van GHB onder de algemene bevolking of scholieren in andere landen. De Europese Unie, de Verenigde Staten en Canada monitoren nog niet systematisch het gebruik van GHB. Wel zijn er gegevens beschikbaar voor enkele Europese landen en Australië.

- Enkele gerichte studies naar het gebruik van GHB in de algemene bevolking zijn uitgevoerd in België, Tsjechië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk (EMCDDA, 2011). Het ooitgebruik van GHB varieerde in deze landen van 3,9 tot 14,3 procent.
- In 2010 had in Australië 0,1 procent van de bevolking van 14 jaar en ouder in het afgelopen jaar GHB gebruikt (AIHW, 2011). Ook in 2004 en 2007 was dit 0,1 procent. Het ooitgebruik lag in 2010 op 0,8 procent.

Jongeren

In de ESPAD-peilingen onder vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa werd in 2011 gevraagd naar het ooitgebruik van GHB. De cijfers uit dit onderzoek zijn internationaal beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking (Hibell et al., 2012).

- Het gebruik van GHB onder scholieren is laag. In de meeste Europese landen, inclusief Nederland, heeft niet meer dan een procent van de scholieren van 15-16 jaar ervaring met GHB, met uitzondering van Hongarije (2%), Letland (2%), Liechtenstein (2%) en Cyprus (3%).

Gebruik van GHB lijkt wel vaker voor te komen onder bezoekers van clubs en dansfeesten, maar er zijn geen internationaal vergelijkende studies op dit terrein.

- Overwegend lokale enquêtes zijn gehouden onder speciale groepen in België, Tsjechië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Het ooitgebruik in deze speciale groepen varieerde in deze landen van 3,9 tot 14,3 procent en de hoogste maandprevalentie lag op 4,6 procent. Het gaat hier echter om methodologisch uiteenlopende studies en verschillen tussen landen moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd (Van der Poel, 2010; EMCDDA, 2011). Binnen de landen tekent zich nog geen trend af in het GHB gebruik.

7.6 Hulpvraag en incidenten

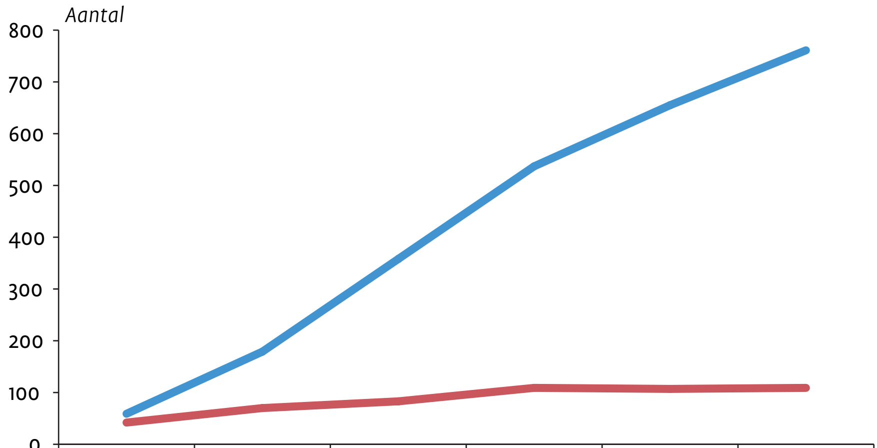
Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn verschillende gespecialiseerde instellingen actief binnen de verslavingszorg. Deze instellingen sturen anonieme gegevens over de hulpverlening naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink et al., 2012, 2013). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) In vorige jaren bevatte het LADIS ook gegevens van de verslavingsreclassering. Vanwege technische problemen zijn in dit NDM Jaarbericht de reclasseringsgegevens niet meer meegenomen. De LADIS-cijfers in dit Jaarbericht vallen daardoor lager uit dan de LADIS-cijfers in voorafgaande Jaarberichten. GHB wordt pas vanaf 2007 als apart middel geregistreerd in het LADIS.

- In 2012 werden 761 personen behandeld voor een primaire GHB problematiek (Wisselink et al., 2013). Gecorrigeerd voor de bevolkingsgroei nam de hulpvraag voor GHB toe van 4 per 1 000 000 inwoners in 2007 naar 48 per 1 000 000 inwoners in 2012 (Wisselink en Mol, 2013). Het aandeel van GHB in de verslavingszorg is hiermee tussen 2007 en 2012 gestegen van 0,1 naar 1,2 procent (figuur 7.1).
- GHB wordt minder vaak als secundaire problematiek genoemd (figuur 7.1), maar ook in de secundaire problematiek is een stijging waarneembaar in het aantal GHB cliënten.
- Tweederde van de hulpvragers in 2012 met een primaire GHB problematiek had geen secundaire problematiek, bij eenderde bleek ook nog sprake te zijn van overig middelengebruik als secundaire problematiek, met name cannabis, alcohol, amfetamine en cocaïne.
- In 2012 was 25 procent van de primaire GHB cliënten een nieuwkomer. Ruim driekwart stond al eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Bij de groep die naast GHB een probleem had met een stimulerend middel, zoals amfetamine of cocaïne/crack, kan sprake zijn van een ‘dubbelverslaving’. Bij een dergelijke ‘dubbelverslaving’ probeert de verslaafde tot rust te komen via een verdovend middel (GHB) en probeert de verslaafde weer actief te worden met een stimulerend middel (amfetamine, cocaïne/crack). Voor rust is de dubbel verslaafde

dan afhankelijk van een verdovend middel en voor activiteit is de dubbel verslaafde dan afhankelijk van een stimulerend middel.

Figuur 7.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[I]) met primaire of secundaire GHB problematiek, vanaf 2007



	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Primair	59	179	358	537	655	761
Secundair	42	70	83	109	107	109

Aantal cliënten. I. De cijfers in dit figuur zijn lager dan zoals genoemd in eerdere NDM Jaarberichten, doordat in dit Jaarbericht de gegevens van de verslavingsreclassering niet zijn meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

Leeftijd en geslacht

- Van de primaire GHB cliënten in 2012 was een meerderheid van 67 procent man en was een minderheid van 33 procent vrouw.
- In 2012 was de gemiddelde leeftijd van de primaire GHB cliënten 29 jaar, 5 procent was jonger dan 20 jaar en 12 procent was ouder dan 39 jaar.
- De gemiddelde leeftijd waarop de GHB cliënten voor het eerst GHB gingen gebruiken was 23 jaar in 2012. Deze gemiddelde leeftijd was 22 jaar in 2010. Dit geeft aan dat de groep die bij de verslavingszorg terecht komt niet steeds op jongere leeftijd is gaan gebruiken (Wisselink en Mol, 2013). Ook de gemiddelde leeftijd waarop men hulp vraagt was hoger in 2012 dan in 2007, namelijk 29 jaar vergeleken met 27 jaar. Er kan dus niet gesproken worden over een typisch "jongerenprobleem" in het geval van GHB.
- GHB hulpvragers keren vaak terug in de verslavingszorg en ook duurt hun behandeltraject vaak lang. Van de GHB cliënten die tussen 2007 en 2009 in behandeling kwamen, had in 2012 meer dan de helft (57%) al meerdere behandeltrajecten gehad. Bij vier van de vijf hulpvragers neemt de behandeling meer dan een jaar in beslag (Wisselink en Mol, 2013).

Intramurale detoxificatie

De GHB monitor van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) monitort cliënten in de verslavingszorg die een intramurale detoxificatie hebben ondergaan voor GHB. Zij krijgen een gecontroleerde afbouw met medicinale GHB als eerste stap om definitief te stoppen
met GHB gebruik (NISPA, 2013; De Jong et al., 2012). Zes instellingen voor verslavingszorg participeren in deze monitor.

- In totaal zijn 229 patiënten behandeld en gevolgd in het kader van dit onderzoek (NISPA, 2013).
- Van deze groep patiënten was 31 procent vrouw en was de gemiddelde leeftijd 29,4 jaar. De meerderheid (97%) had de Nederlandse nationaliteit en de helft was wel eens in aanraking gekomen met justitie/politie.
- Ruim de helft had een lagere beroepsopleiding genoten en 30 procent had een uitkering op het moment van de behandeling. De meeste patiënten gebruikten ook andere middelen naast GHB, zoals alcohol, cannabis en stimulantia.
- Een deel van de GHB cliënten kreeg GHB via een dealer (45%), een ander deel maakte de GHB zelf (30%), weer anderen lieten het maken door een vriend (18%) en de rest bestelde het via internet (3%).
- Meestal werd de GHB thuis gebruikt (67%) en minder vaak bij vrienden (16%), of in het uitgaansleven (5%). Dit verschilt sterk van de plaatsen waar het gebruik van GHB oorspronkelijk begon: 39 procent thuis, 44 procent bij vrienden en 42 procent in het uitgaansleven. Ook gebruikte een meerderheid de GHB uiteindelijk alleen (70%), terwijl dit in het begin van het gebruik nog 32 procent was.
- Het vergeten van problemen was de meest genoemde reden voor gebruik van GHB en slaapklachten werden door de meeste patiënten genoemd op het moment van hun opname.
- Opvallend veel patiënten hadden, naast hun GHB verslaving, ook last van andere psychische klachten, zo scoorde 38 procent van de patiënten boven de drempelwaarde voor depressie, 52 procent voor angst en 38 procent voor stress. Vergeleken met een poliklinische groep is dit bovengemiddeld hoog.
- Uiteindelijk is 90 procent van alle patiënten succesvol gedetoxificeerd door een afbouwschema met medicinale GHB, met een gemiddelde behandelingsduur van 10,5 dagen en een herstelperiode van nog eens 6,6 dagen.
- De terugval is groot. Er vond een follow-up plaats na drie maanden, waaraan 191 patiënten deelnamen. Van deze 191 patiënten bleek 71 procent alweer in behandeling te zijn voor GHB gebruik. Een kwart van de 191 patiënten was zelfs direct weer teruggevallen, de rest had gemiddeld een GHB vrije periode van zo'n acht weken voordat ze weer terugvielen.

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten

(MDI) van het Trimbos-instituut. De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) van de GGD Amsterdam registreert al sinds langere tijd het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp wegens drugsgebruik in Amsterdam en omgeving, maar data voor 2012 ontbreken. Voor de gegevens van de CPA in voorgaande jaren wordt verwezen naar het NDM Jaarbericht 2011.

Sinds 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Vogels en Croes, 2013). In 2012 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege het ontbreken van de registratiecijfers uit 2012 van de CPA in Amsterdam zijn de cijfers van deze dienst over alle jaren buiten deze rapportage gehouden, om een vergelijking over jaren mogelijk te maken. De CPA Amsterdam levert de ambulance cijfers uit Amsterdam en de regio Purmerend.

- In 2012 werden in totaal 2 961 drugsincidenten gemeld. Bij 700 meldingen was GHB betrokken; hiervan was in 472 gevallen GHB als enige drug gemeld (met of zonder alcohol).
- In tabel 7.2 worden de GHB incidenten samengevat over de periode 2009-2012. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst. In deze periode werden in totaal 8 661 unieke drugsincidenten gemeld (exclusief de incidenten van de ambulances Amsterdam en Purmerend), waarvan 1 315 incidenten met GHB (of de combinatie) als enige drug(s).
  - Acute gezondheidsincidenten met GHB worden door alle diensten gemeld, en het aandeel op het totaal aantal incidenten binnen de dienst varieert van 9 tot 24 procent. Gezien het beperkte gebruik van GHB in de algemene bevolking, is het aantal incidenten met GHB relatief hoog.
  - Het aandeel incidenten na GHB gebruik is met name hoog in de regio's buiten de Randstad.
  - Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. De mate van intoxicatie bij incidenten na GHB gebruik is vaak matig of ernstig, zelfs bij de EHBO-posten van grootschalige evenementen, die vanwege hun laagdrempeligheid ook veel lichte ongevallen zien. Op de EHBO-posten is het aandeel matige en ernstige intoxicaties toegenomen van 34 procent in 2009 tot 68 procent in 2012.
- Bij de incidenten met GHB wordt in ongeveer 30 procent van de gevallen ook het gebruik van andere drugs gemeld.
  - Bijna 70 procent van de patiënten heeft uitsluitend GHB, al dan niet in combinatie met alcohol gebruikt.
  - De meest genoemde combinatie drugs is GHB met ecstasy. Op enige afstand volgen GHB met amfetamine en GHB met cocaïne.

Tabel 7.2 Incidenten met GHB als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2012

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal)	425 (24%)	205 (12%)	89 (9%)	596 (14%)
Man	73%	78%	89%	73%
Leeftijd (mediaan)	25	28	30	25
Mate van intoxicatie*				
- Licht[I]	9%	15%	49%	46%
- Matig[II]	50%	31%	31%	37%
- Ernstig[III]	41%	54%	20%	17%

**. Percentages berekend op de bekende aantallen (valide percentages). De registraties van de CPA Amsterdam (ambulancedata) zijn in deze tabel niet opgenomen. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Vogels en Croes, 2013).*

Rijden onder invloed

Het rijden onder invloed van GHB is zeer riskant (CAM, 2011).

- Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die van drugsgebruik worden verdacht. Het NFI let daarbij ook op GHB.
  - In 2009 werden in 750 bloedmonsters drugs aangetoond. In 172 gevallen (23%) werd GHB aangetroffen (Kuiken, 2010).
  - Van januari tot november 2010 heeft de politie 131 mensen van de weg gehaald die onder invloed waren van GHB. Dit was ruim 20 procent van het totaal aantal gevallen waarbij drugs in het spel waren.

- De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) heeft het gebruik van GHB onderzocht onder ernstig gewonde autobestuurders die werden opgenomen in het ziekenhuis (Houwing, 2011). Het onderzoek werd uitgevoerd onder 180 ernstig gewonden die tussen 2007 en 2009 werden opgenomen in een ziekenhuis in Enschede, Tilburg en Nijmegen.
  - Vijf van de 180 ernstig gewonde bestuurders (2,8%) bleken GHB te hebben gebruikt.
  - Vergeleken met andere drugs is het aandeel van GHB relatief groot.

Incidenten seksueel misbruik

Sinds GHB werd beschreven als 'uitgaansdrug' zijn er berichten over verkrachtingen waarbij GHB werd gebruikt om het slachtoffer te verdoven.

- Een internationale overzichtsstudie heeft geprobeerd te achterhalen van hoeveel van de wetenschappelijk beschreven verkrachtingsincidenten er daadwerkelijk sprake was van bewezen GHB intoxicatie (Németh et al., 2010).
- In 0,2 tot 4,4 procent van alle beschreven gevallen van seksueel misbruik werd GHB gedetecteerd. Daarmee lijkt het dus eerder een sporadisch gebruikte drug in dit soort gevallen dan een frequent gebruikte drug. De nadruk die hierop wordt gelegd door de media zou een van de oorzaken kunnen zijn dat GHB veel vaker wordt genoemd als verkrachtingsdrug dan het eigenlijke aantal gevallen waarin de drug ook daadwerkelijk werd aangetoond.
- Knelpunt bij al dit soort studies is dat GHB betrekkelijk kort detecteerbaar is: maximaal 5 uur in het bloed en 12 uur in de urine (Verstraete, 2004). Van de meeste studies is slechts bekend dat het monster 'binnen 24 uur na het incident' was verzameld. Onderrapportage is dus mogelijk.
- Er is geen zicht op het aantal gevallen in Nederland waarbij GHB gebruik in verkrachtingszaken een rol heeft gespeeld.

7.7 Ziekte en sterfte

- De dosis-effect relatie van GHB is zeer steil en het verschil in dosis tussen een 'gewenst' en een 'ongewenst' effect is zeer klein. De kans op overdosering is daardoor groot. Een overdosis GHB is gevaarlijk, omdat de mogelijkheid bestaat dat de ademhaling wordt onderdrukt en de gebruiker bewusteloos of zelfs in coma kan raken (Moser en Purssell, 2000). De gevolgen van deze toestand kunnen variëren van een milde ademhalingsverstoring tot ademstilstand. De risico's hierop zijn groter als GHB wordt gebruikt in combinatie met alcohol of andere dempende stoffen zoals benzodiazepines.
- Tolerantie na frequent gebruik kan er toe leiden dat gebruikers steeds meer consumeren om hetzelfde effect te bereiken. Er komen dan vaker symptomen voor zoals misselijkheid, braken, agressief gedrag, duizeligheid, te langzame hartslag en onderkoeling. Bij hogere doseringen overheerst een algemeen ziektegevoel (Van Sassenbroeck et al., 2007).
- Er zijn diverse stoffen uitgetest (Kohrs et al., 2004; Zvosec et al., 2007) om de verschijnselen van een GHB overdosering te bestrijden, maar zonder succes. Een specifiek antidotum is nog niet gevonden. De acute behandeling bestaat meestal uit het vrijmaken van de luchtwegen en het bewaken van de vitale functies.

De sterfte door het gebruik van GHB is lastig vast te stellen. GHB wordt snel afgebroken in het lichaam en is daardoor slechts kort aantoonbaar in bloed of urine (Jones et al., 2009; Verstraete, 2004). Afgezien daarvan zegt de aanwezigheid van GHB niet alles, omdat er grote verschillen in tolerantie kunnen zijn. Ook kan GHB na het overlijden in het lichaam zelf worden gevormd, waardoor de bijdrage van GHB gebruik aan het overlijden moeilijk vast te stellen kan zijn. Een andere complicerende factor is dat de

Doodsoorzakenstatistiek van het CBS geen specifieke code kent waarmee GHB sterfgevallen kunnen worden geregistreerd.

- Volgens voorlopige cijfers stond GHB in 2012 vermeld op 13 doodsoorzakenformulieren van het CBS. In 2011 ging het om 6 gevallen, in 2010 om 5 en in 2009 ging het om 8 gevallen. Het gaat daarbij zowel om ingezetenen als niet ingezetenen van Nederland. Onbekend is of GHB bij deze gevallen de oorzaak was van het overlijden of heeft bijgedragen aan het overlijden.
- Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op drugs. Van de overlijdensgevallen die in 2012 door het NFI werden onderzocht op drugs, werd in 2 gevallen GHB aangewezen als doodsoorzaak.
- De gevallen die geregistreerd staan in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overlappen deels met de gevallen die geregistreerd staan bij het NFI, maar de overlap is niet volledig. Het CBS kent gevallen die het NFI niet kent en het NFI kent gevallen die het CBS niet kent.

7.8 Aanbod en markt

Samenstelling van GHB

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters (pillen) wordt herkend bij de instelling zelf. De meeste overige pillen en alle poeders en vloeistoffen worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

- In 2012 werden 162 vloeistoffen ingeleverd die als GHB werden aangekocht en slechts één werd aangekocht als GBL (DIMS, 2013).
- In de meeste als GHB verkochte vloeistoffen (90%) zat daadwerkelijk GHB. De concentratie GHB was gemiddeld 42 procent (gewichtsprocenten) en de mediaan was 45 procent. Het minimum aan opgeloste GHB in de vloeistoffen bedroeg rond de 5 procent en het maximum was 60 procent.
- In de GHB monitor van het NISPA (zie § 7.6) is in verband met het afbouwprotocol voor detoxificatie van GHB ook gekeken naar de gemiddelde concentratie van GHB die de GHB patiënten gebruikten. Opvallend is dat hier het gemiddelde veel hoger was, namelijk 60 tot 65 procent (NISPA, 2013). Mogelijk hangt dit samen met de opgebouwde tolerantie voor GHB.

Prijzen

De Amsterdamse Antenne-monitor en het landelijke DIMS geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een enkele dosis GHB, dan wel een halve of hele liter van dit middel.

- Volgens de Antenne-monitor werd in Amsterdam in 2011 voor een halve liter GHB tussen de 45 en 75 euro betaald (Nabben et al., 2012).
- In 2012 betaalden consumenten die bij het DIMS hun GHB lieten testen ongeveer 4 euro per 5 ml, minder dan in 2011 (6 euro). De prijs voor een liter in 2012 varieerde van 50 tot 180 euro en de mediaan (het midden van de verdeling) was 120 euro (DIMS, 2013).
- Iemand die GHB zelf bereidt uit GBL, natronloog en gedestilleerd water is, uitgaande van een literprijs 'zuivere' (99,9%) GBL van circa 85 euro en een zuiverheid van circa 50 procent, per dosering van 5 ml ongeveer 20 eurocent kwijt.

8 Slaap- en kalmeringsmiddelen

Diverse ‘psychoactieve’ medicijnen kunnen bij verkeerd gebruik leiden tot misbruik, verslaving, ziekte en sterfte, onder andere door suïcide. In de Verenigde Staten komt misbruik van medicijnen veel voor bij opiaten. In Engeland is een zwarte markt voor methadon geconstateerd (Duffy en Baldwin, 2012) en in Australië is een zwarte markt ontstaan voor de pijnstiller fentanyl (Roxburgh et al., 2013). Ook een middel als methylfenidaat (Ritalin®) voor de behandeling van ADHD en andere amfetamineachtige geneesmiddelen hebben een verslavingsrisico. In Nederland worden medicinale opiaten als vervanger gebruikt voor heroïne (bijvoorbeeld methadon) of anderszins medisch toegepast, bijvoorbeeld als pijnstiller en narcosemiddel. In Nederland is in de Opiumwet geregeld hoe apothekers moeten omgaan met recepten voor middelen die op de Opiumwet staan en hoe ze moeten omgaan met de middelen zelf. Daarmee bestaat in Nederland in principe de mogelijkheid om na te gaan of er misbruik plaatsvindt. De capaciteit om deze vorm van misbruik op te sporen is echter beperkt.

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op een andere groep van medicijnen: de slaap- en kalmeringsmiddelen. Het merendeel daarvan behoort tot de groep van de benzodiazepinen[1]. Zij hebben in de jaren zeventig en tachtig de barbituraten grotendeels vervangen. Vanwege ernstige bijwerkingen worden barbituraten nauwelijks meer voorgeschreven. Sommige benzodiazepinen worden vanwege hun breed spectrum aan effecten niet alleen als slaap- of kalmeringsmiddel voorgeschreven. Ze worden ook gebruikt voor de behandeling van epilepsie, paniekstoornis en onthoudingsverschijnselen na het stoppen met alcohol. De vergoeding van benzodiazepinen van uit de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt en geldt alleen nog voor een kleine groep patiënten, voor enkele specifieke indicaties.

Slaap- en kalmeringsmiddelen worden op verschillende manieren gebruikt. Gebruik komt voor op recept volgens de richtlijnen, op recept maar buiten de richtlijnen, gebruik dat overgaat in chronisch gebruik, misbruik of afhankelijkheid (verslaving). Niet alleen bij misbruik en verslaving zijn er risico’s verbonden aan slaap- en kalmeringsmiddelen. Ook het (acuut) gebruik in risicovolle omstandigheden en gebruik in combinatie met bijvoorbeeld alcohol kan problematisch zijn. Voor zover over deze risico’s gegevens beschikbaar zijn, zullen deze in dit hoofdstuk worden gerapporteerd.

8.1 Laatste feiten en cijfers

De belangrijkste feiten en cijfers over slaap- en kalmeringsmiddelen in dit hoofdstuk zijn:

- In 2009 had een op de tien mensen in de algemene Nederlandse bevolking van 15 tot en met 64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt. Het aandeel recente gebruikers is twee keer hoger onder vrouwen dan mannen (§ 8.2).

[1] Andere, minder vaak voorgeschreven middelen zijn de slaapmiddelen zopiclon en zolpidem en het kalmeringsmiddel buspiron.

- Ouderen van boven de 65 jaar zijn oververtegenwoordigd onder de gebruikers van benzodiazepinen (§ 8.2).
- In 2011 had een op de elf scholieren van het voortgezet onderwijs van 15 en 16 jaar ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op voorschrift van een arts. Ongeveer even veel scholieren gaven aan ervaring te hebben met het gebruik van deze middelen zonder deze op recept van een arts te hebben gekregen (§ 8.3).
- Sommige al wat oudere veldstudies onder problematische drugsgebruikers suggereren dat in deze groep ook geregeld slaap- en kalmeringsmiddelen worden gebruikt, maar een recent beeld ontbreekt (§ 8.4).
- Vergeleken met enkele andere lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen, lag in 2011 het percentage 15-16 jarige scholieren in Nederland dat ooit slaap- en kalmeringsmiddelen heeft gebruikt zonder recept van een arts, boven het gemiddelde (§ 8.5).
- In de verslavingszorg is tussen 2002 en 2012 het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten of overige psychofarmaca gestegen met 64%, maar hun aandeel op alle cliënten blijft beperkt (§ 8.6).
- In de algemene ziekenhuizen stijgt tussen 2001 en 2011 het aantal patiënten dat wordt opgenomen voor misbruik van- of verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen (§ 8.6).
- Tussen 1996 en 2011 schommelt het totaal aantal geregistreerde sterfgevallen door overdosering van medicijnen (in meerderheid benzodiazepinen) zonder duidelijk trend (§ 8.7).
- De vergoeding van benzodiazepinen via de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt. Mogelijk is in samenhang hiermee het aantal gebruikers van benzodiazepinen gedaald (§ 8.2, § 8.8).

8.2 Gebruik: algemene bevolking

Gegevens over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn afkomstig van verschillende bronnen: vragenlijstonderzoek onder respondenten uit de algemene bevolking (Van Rooij et al., 2011) en gegevens over het aantal verstrekkingen van deze middelen door openbare apothekers (SFK, 2011, 2012).

In 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). De methode van gegevensverzameling verschilde in 2009 van die in 2005. In 2005 werden gegevens over drugsgebruik, inclusief slaap- en kalmeringsmiddelen, verzameld in een persoonlijk interview. Hierbij voerde de onderzoeker de antwoorden in op een laptop. In 2009 vulde de respondent zelf direct de antwoorden op de vragen in, zonder dat de interviewer meekeek. Er zijn aanwijzingen dat meer anonieme en privacybeschermde methoden, zoals toegepast in 2009, leiden tot hogere prevalenties van gebruik.

- In 2009 had tien procent van de algemene Nederlandse bevolking van 15 tot en met 64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt (Van Rooij et al., 2011). In de afgelopen maand had zes procent van de bevolking deze middelen gebruikt. Omgerekend naar de hele bevolking (15-64 jaar) ging het toen om ongeveer 1,1 miljoen gebruikers in het afgelopen jaar en ongeveer 650 000 gebruikers in de afgelopen maand.
- Deze cijfers bevatten alle vormen van gebruik, zowel het gebruik volgens de medische voorschriften als het gebruik voor andere doeleinden. Ook bij gebruikers die de slaap- en kalmeringsmiddelen krijgen via een (herhalings)recept van een arts kan sprake zijn van misbruik of verslaving (Crul, 2006).
- Tussen 2001 en 2005 daalde het percentage recente en actuele gebruikers (tabel 8.1). Zoals hiervoor is aangegeven kunnen, door een verschil in de ondervragingsmethode, de gegevens van 2009 niet vergeleken worden met de gegevens van voorgaande jaren. Andere bronnen suggereren dat het aantal gebruikers in 2009 is gedaald (SFK, 2011, 2012).

Tabel 8.1 Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen in Nederland onder mensen van 15 tot en met 64 jaar. Peiljaren 1997, 2001, 2005 en 2009[III]

	1997	2001	2005	Wijziging methode[III]	2009[III]
Ooitgebruik	27,9%	26,6%	-	…	-
Recent gebruik[I]	11,9%	11,1%	9,3%	…	10,1%
Actueel gebruik[II]	6,6%	6,3%	5,0%	…	5,9%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	2,9% (S) 3,1% (K)	2,7% (S) 2,5% (K)	2,8%	…	2,9%
Gemiddelde leeftijd van de recente[I] gebruikers	44,4 jaar (S) 40,7 jaar (K)	44,3 jaar (S) 40,7 jaar (K)	43,1 jaar	…	-

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005), 5 769 (2009). - = Niet gemeten. … = Wijziging methode. S = Slaapmiddelen, K = Kalmeringsmiddelen. I. In het afgelopen jaar. II. in de afgelopen maand. III. In 2009 is de onderzoeksmethode gewijzigd (zie tekst). Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. Bron: NPO, CBS/IVO (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011).

Leeftijd en geslacht

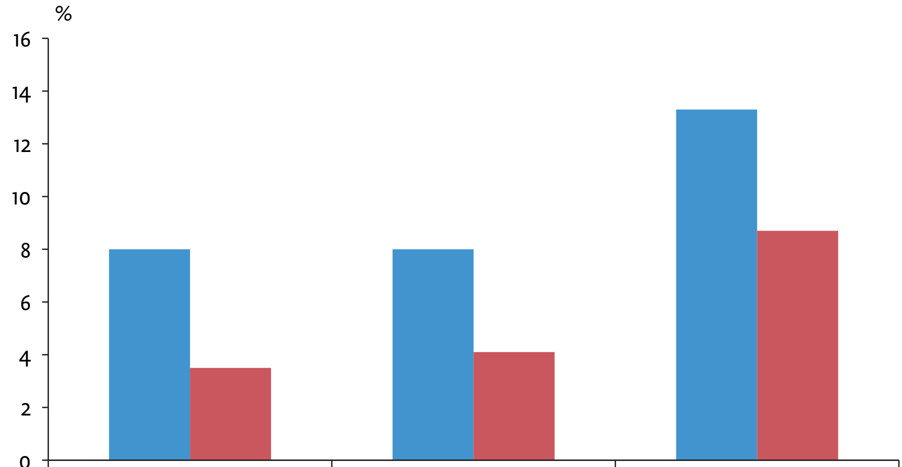
- Volgens het NPO gebruikten in 2009 ongeveer twee keer meer vrouwen dan mannen slaap- en kalmeringsmiddelen (Van Rooij et al., 2011). Onder de mannen lag het percentage actuele gebruikers op 7 procent en onder de vrouwen op 13 procent. Actueel gebruik kwam voor onder 4 procent van de mannen en 8 procent van de vrouwen.
- Het gebruik stijgt met de leeftijd (figuur 8.1). In het afgelopen jaar had 8 procent van de 15-24 en 25-44 jarigen slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt tegenover 13 procent van de 45-64 jarigen.

- De 15-34 jarigen die in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen hadden gebruikt, waren gemiddeld 21 jaar oud toen zij daar mee begonnen. De leeftijd van het eerste gebruik varieerde daarbij van 10 tot 33 jaar.

Frequentie van het gebruik

- Van de 15-64 jarigen die de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen hadden gebruikt, had 41 procent deze middelen dagelijks of bijna dagelijks gebruikt en had 12 procent ze meerdere malen per week gebruikt.

Figuur 8.1 Gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen per leeftijdgroep. Peiljaar 2009



	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar
Recent	8	8	13,3
Actueel	3,5	4,1	8,7

Percentage gebruikers recent (in het laatste jaar) en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, CBS/IVO (Van Rooij et al., 2011).

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verzamelt en analyseert de verkoop van geneesmiddelen van ruim 92 procent van de openbare apotheken in Nederland. Deze apotheken bedienen samen een populatie van 15,3 miljoen personen.

- Volgens de SFK is het aantal gebruikers van benzodiazepines gedaald van 1,61 miljoen in de tweede helft van 2008 tot 1,46 miljoen in dezelfde periode in 2009 en 1,43 miljoen in dezelfde periode in 2010 (SFK, 2011). Van 2009 naar 2010 ging het om een daling van 17 procent. De afname is het grootst voor chronische gebruikers, die in een half jaar meer dan drie voorschriften voor een benzodiazepine kregen.
- Deze daling hangt vermoedelijk samen met de inperking van de vergoeding van benzodiazepinen binnen de basisverzekering per 1 januari 2009 (Hoebert et al., 2012a; zie ook § 8.8).
- Ook in de regio Groningen is geconstateerd dat na de inperking van de vergoeding het gebruik van benzodiazepinen is gedaald. Tussen 2007/2008 en 2009/2010

daalde het gemiddeld aantal dagen waarvoor benzodiazepinen werden voorgeschreven door de huisarts van 16 naar 13 dagen (Kollen et al., 2012).
- In heel 2011 registreerde de SFK 1,6 miljoen gebruikers van benzodiazepinen (www.sfk.nl, 06-09-2012). Per 1 000 inwoners betekende dit een daling ten opzichte van 2009. Deze daling was het grootst onder de ouderen. Tussen 2009 en 2011 daalde in de leeftijdsgroep van 71 tot en met 80 jaar het aantal gebruikers van benzodiazepinen met 3 procent van 187 per 1 000 naar 182 per 1 000 ouderen (www.sfk.nl, 06-09-2012).

Oudere gebruikers van benzodiazepinen
De Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) monitort onder andere het gebruik van benzodiazepinen onder 55- tot en met 64-jarigen in de algemene bevolking van elf representatieve gemeenten in drie regio's van Nederland (Sonnenberg et al., 2012).
- Zowel in 1992 als in 2002 gebruikte 8 procent in deze leeftijdsgroep benzodiazepinen ten tijde van het onderzoek.
- In afwijking van de richtlijnen gebruikte een meerderheid de benzodiazepinen voor langere tijd. In 1992 had 26 procent van de gebruikers deze middelen gedurende een maand tot een jaar gebruikt en had 69 procent langer dan een jaar gebruikt. In 2002 had 15 procent van de gebruikers een maand tot een jaar gebruikt en had 80 procent langer dan een jaar gebruikt.

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) monitort de huisartsenzorg. Het LINH monitort de zorg op een steekproef van huisartspraktijken. In juli 2010 namen 83 huisartspraktijken deel aan het LINH met in totaal 335 000 ingeschreven patiënten.
- In 2009 registreerde de steekproef van het LINH in totaal 2 807 patiënten die in dat jaar voor het eerst benzodiazepinen kregen voorgeschreven. Daarvan kregen 1 116 patiënten (40%) de benzodiazepinen voor een angststoornis en kregen de overige 1 691 patiënten (60%) deze medicijnen voorgeschreven voor een slaapstoornis (Hoebert et al., 2012).
- Van de 2 807 patiënten waren 766 patiënten ouder dan 65 jaar (27%). Het andere deel van de patiënten (73%) was tussen de 18 en 65 jaar.
- In 2009 was van de hele bevolking van 18 jaar en ouder 82 procent tussen de 18 en 65 jaar en was slechts 18 procent ouder dan 65 jaar. Hiermee komt naar schatting 27 procent van de benzodiazepinen terecht bij de ouderen die slechts 18 procent uitmaken van de bevolkingsgroep waarin deze medicijnen worden gebruikt. Hieruit blijkt dat de ouderen zijn oververtegenwoordigd onder de gebruikers van benzodiazepinen.

8.3 Gebruik: jongeren

Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder scholieren wordt landelijk alleen gepeild in het kader van de ESPAD survey (zie ook § 8.5).
- In 2011 had 8,8 procent van de scholieren van het voortgezet onderwijs van 15

en 16 jaar ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op voorschrift van een arts (10,4% van de meisjes en 7,2% van de jongens).
- Ongeveer even veel scholieren (8,6%) gaven aan ervaring te hebben met het gebruik van deze middelen zonder deze op recept van een arts te hebben gekregen. De percentages ooitgebruik waren ook hoger onder meisjes dan onder jongens (respectievelijk 10,9% en 6,3%).
- Welke middelen jongeren precies tot de slaap en -kalmeringsmiddelen rekenen is niet bekend.

Het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO) heeft in 2009 via een onlinevragenlijst onderzoek gedaan naar het oneigenlijk gebruik van medicijnen door Nederlandse jongeren van 14 tot en met 17 jaar (Ganpat et al., 2009). Het ging hierbij niet alleen om de receptgeneesmiddelen waarvoor een recept van een arts nodig is. Ook geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn werden onderzocht. Dit zijn de zogenaamde "zelfzorgmedicijnen" zoals paracetamol, ibuprofen, aspirine en hoestmiddelen. Bij oneigenlijk gebruik kan het gaan om medicinaal gebruik door iemand die geen recept heeft voor het medicijn, maar ook om niet-medicinaal gebruik om high te worden of om de effecten van andere middelen te dempen of te versterken.
- Van de jongeren had 7 procent ooit oneigenlijk gebruik gemaakt van receptgeneesmiddelen. Inclusief de zelfzorgmedicijnen lag het percentage oneigenlijk gebruik van medicijnen op 13 procent.
- Het oneigenlijk gebruik kwam het meeste voor bij zelfzorgmedicijnen (9,7%), gevolgd door receptpijnstillers (2,9%), ADHD-medicatie (2,0%), slaapmiddelen (1,4%), angstmedicatie (1,3%) en astmamedicatie (1,3%).
- Naast deze percentages voor het oneigenlijk gebruik ooit in het leven, toont tabel 8.2 ook de percentages voor het recent oneigenlijk gebruik (afgelopen jaar) en actueel oneigenlijk gebruik (afgelopen maand). Van de oneigenlijke gebruikers had 34,8 procent meer dan één medicijn oneigenlijk gebruikt.

Tabel 8.2 Oneigenlijk gebruik van medicijnen door jongeren van 14 tot en met 17 jaar. Peiljaar 2009

Medicijn	Ooit	Recent	Actueel
Zelfzorgmedicijnen	9,7%	7,3%	2,6%
Receptpijnstillers[I]	2,9%	1,3%	0,3%
ADHD-medicatie	2,0%	1,2%	0,1%
Slaapmiddelen	1,4%	0,8%	0,4%
Angstmedicatie	1,3%	0,8%	0,1%
Astmamedicatie	1,3%	0,5%	0,2%

Percentage jongeren dat een medicijn oneigenlijk heeft gebruikt, ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). Bron: IVO (Ganpat et al., 2009). I. Bij de pijnstillers op recept gaat het om middelen zoals codeïne, methadon, morfine, diclofenac, tramadol, oxycodon en fentanyl.

Het Bonger Instituut voor Criminologie van de Universiteit van Amsterdam monitort via de Antenne het gebruik van alcohol en drugs onder middelbare scholieren in Amsterdam. De Antenne volgt daarbij ook het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (Nabben et al., 2012). In 2011 is de Antenne uitgevoerd onder brugklassers, derdeklassers en oudere leerlingen.

- Van de brugklassers had 3,7 procent in het afgelopen jaar en had 2,1 procent in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.
- Van de derdeklassers had 7,8 procent slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt in het afgelopen jaar en 3,8 procent in de afgelopen maand. Het gebruik zonder recept kwam voor bij 4,1 procent van de derdeklassers in het afgelopen jaar en 2,0 procent in de afgelopen maand.
- Van de oudere leerlingen had 7,2 procent slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt in het afgelopen jaar en 2,9 procent in de afgelopen maand. Het gebruik zonder recept kwam voor bij 2,9 procent van de oudere leerlingen in het afgelopen jaar en 0,6 procent in de afgelopen maand.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In de Antenne monitor is het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, behalve onder scholieren, ook gepeild onder groepen jongeren en jongvolwassenen in het Amsterdamse uitgaansleven (tabel 8.3). Voor zover vergelijkbaar lijkt het gebruik niet zo veel af te wijken van dat in de algemene bevolking. Gebruik van een slaapmiddel op kleine schaal wordt vooral genoemd om na-effecten van stimulantiagebruik tegen te gaan.

- In 2010 werd het middelengebruik onder Amsterdamse cafébezoekers onderzocht (Benschop et al., 2011). Hun leeftijd varieerde van 16 tot en met 56 jaar, hun gemiddelde leeftijd was 27 jaar, 51 procent was man en 49 procent was vrouw.
  - Van de cafébezoekers had 19,3 procent ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, 10,6 procent had ze het afgelopen jaar gebruikt en 3,8 procent had deze middelen de afgelopen maand nog gebruikt.
  - Bij de vrouwen lag het ooitgebruik hoger dan bij de mannen (23,2% tegenover 15,6%).
- Van de onderzochte groepen was het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen het laagst onder Amsterdamse coffeeshopbezoekers (tabel 8.3).

In 2012 heeft de Antenne monitor bovendien het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onderzocht onder jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam (Benschop et al., 2013). Het bleek dat 13 procent van de jongeren in de jeugdzorg deze middelen wel eens had gebruikt, waarvan 10 procent met een doktersvoorschrift en 5 procent (ook) zonder doktersvoorschrift. In de afgelopen maand had 3 procent van de jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg nog slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt.
De Tendens monitort het gebruik van alcohol en drugs onder jongeren en jongvolwassenen in Gelderland. Net als in de voorafgaande jaren bleek in 2010 dat slaap- en kalmeringsmiddelen slechts een marginale rol spelen in het middelengebruik van de Gelderse jongeren die door de Tendens worden gemonitord (De Jong et al., 2011). Wel worden

slaap- en kalmeringsmiddelen genoemd als een handig middel om in slaap te komen na een zwaar weekend stappen, met name na het gebruik van stimulerende middelen.

Tabel 8.3 Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit	Actueel
- Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gemiddeld 25	16,8%	2,8%
- Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	Gemiddeld 28	11,9%	1,2%
- Bezoekers van cafés	Amsterdam	2010	Gemiddeld 27	19,3%	3,8%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. Bron: Antenne (Benschop et al., 2011).

8.4 Problematisch gebruik

Niet alleen bij misbruik en verslaving zijn er risico's verbonden aan slaap- en kalmeringsmiddelen. Ook aan het (acuut) gebruik en aan het gebruik in combinatie met bijvoorbeeld alcohol zijn risico's verbonden. De risico's zijn onder andere valincidenten, verkeersongelukken en andere ongevallen. Bij het stoppen of afbouwen van het chronisch gebruik kunnen de oorspronkelijke klachten verergeren. Psychische bijwerkingen van het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen kunnen zijn: het verlies van initiatief, trager reageren, geheugenverlies, emotionele en relationele vervlakking, het niet verwerken van pijnlijke ervaringen en verminderde kwaliteit van de slaap waardoor men overdag suf of moe is (www.farmacotherapeutischkompas.nl). Ook zijn er aanwijzingen dat het gebruik van benzodiazepines door ouderen de kans op dementie verhoogt (Van der Laak, 2012).

Verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen is veelal een 'verborgen verslaving'. Gebruikers kunnen verslaafd zijn geraakt, zonder dat zelf te beseffen. In de regel worden deze middelen voorgeschreven door een arts. Dit kan voor sommige 'patiënten' versluieren dat ook deze middelen verslavend kunnen zijn, net zoals alcohol, drugs en tabak (Crul, 2006). Verslaving kan al optreden na drie tot zes weken gebruik. De richtlijn voor angststoornissen schrijft daarom voor dat de arts de patiënt over de bijwerkingen en het risico op afhankelijkheid uitgebreid dient te informeren (Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ, 2011). In de praktijk doet zich echter het probleem voor dat huisartsen in de regel maar zeven tot tien minuten kunnen besteden aan een consult. De richtlijn voor angststoornissen adviseert om eerst cognitieve gedragstherapie en/of andere medicijnen te proberen en pas als dit niet aanslaat benzodiazepinen voor te schrijven.

Algemene bevolking

In het NEMESIS-onderzoek uit 2007-2009 is onder andere onderzocht hoeveel procent van de Nederlandse bevolking van 18 tot en met 64 jaar, op jaarbasis, voldeed aan de

diagnose voor misbruik of afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen (DSM 4e gewijzigde editie) (De Graaf et al., 2010).

- In het afgelopen jaar voldeed 0,3 procent van de bevolking aan de diagnose 'misbruik' en voldeed 0,2 procent aan de diagnose 'afhankelijkheid' van slaap- of kalmeringsmiddelen. Het totaal in de algemene bevolking voor misbruik en afhankelijkheid komt daarmee op 0,5 procent (tabel 8.4).
- Stoornissen in het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen komen meer voor onder vrouwen dan mannen (0,8% tegenover 0,2%).
- Omgerekend naar de bevolking ging het om 35 000 mensen met 'misbruik' en om 22 000 mensen met 'afhankelijkheid' van slaap- of kalmeringsmiddelen.

Tabel 8.4 Jaarprevalentie van misbruik en afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen, naar stoornis en geslacht in de bevolking van 18-64 jaar. Peiljaar 2007-2009

	Jaarprevalentie in %
Stoornis	
Misbruik	0,3%
Afhankelijkheid	0,2%
Geslacht	
Mannen	0,2%
Vrouwen	0,8%
Totaal	0,5%

Percentage misbruik en afhankelijkheid in het afgelopen jaar. Bron: Nemesis-2 2007-2009.

Bij chronisch gebruik van benzodiazepinen neemt de kans op verslaving toe.

- Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) telde in 2008 ongeveer 1,4 miljoen gebruikers. Een derde daarvan was chronisch gebruiker, ongeveer 462 000 gebruikers (www.medicijngebruik.nl). Per jaar gebruikten zij meer dan negentig standaarddagdoseringen.
- De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) registreerde in de eerste helft van 2008 circa 620 000 en in de eerste helft van 2009 530 000 chronische benzodiazepinegebruikers (Van Geffen et al., 2009). Chronisch is hier gedefinieerd als drie of meer voorschriften per half jaar.

In Nederland is onderzoek verricht naar 'oneigenlijk' gebruik van benzodiazepinen onder mensen van 18-65 jaar met een angststoornis en/of depressie (Manthey et al., 2011).

- Oneigenlijk gebruik werd gedefinieerd op basis van de volgende criteria: het gebruik van een gemiddelde dagelijkse dosering boven de door de WHO aanbevolen dosering, en/of het gebruik langer dan twee tot drie maanden (afhankelijk van bijgebruik van een antidepressivum), en/of gebruik van meer dan een benzodiazepine tegelijk.

- Van de bijna 3 000 deelnemers aan de studie gebruikte 15 procent een benzodiazepine.
- Vrijwel altijd was er sprake van oneigenlijk gebruik, vooral omdat de meeste gebruikers (83%) langer gebruikten dan aanbevolen.
- Mensen met een chronische ziekte en ouderen hadden de hoogste scores voor 'oneigenlijk benzodiazepinegebruik'.
- Verder onderzoek toonde aan dat gebruikers van benzodiazepinen een groter risico lopen om verslaafd te raken als zij lijden aan slapeloosheid, antidepressiva gebruiken, of al lijden aan een alcoholverslaving (Manthey et al., 2012).

Problematische drugsgebruikers
Sommige al wat oudere veldstudies onder problematische drugsgebruikers suggereren dat in deze groep ook geregeld slaap- en kalmeringsmiddelen worden gebruikt, maar een recent beeld ontbreekt.

- In 1998 hield het Rotterdamse Drug Monitoring Systeem een survey onder ruim tweehonderd Rotterdamse (bijna) dagelijkse gebruikers van heroïne en/of cocaïne (Van de Mheen, 2000). Bijna 40 procent had in de afgelopen maand voor de kick of voor de roes medicijnen gebruikt. In 2003 werd deze survey herhaald onder 182 Rotterdamse drugsgebruikers, gevolgd door diepte-interviews met 34 gebruikers in 2004 (Lempens et al., 2004). Van deze 34 problematische harddrugsgebruikers uit 2004 gaven er vier aan dat zij benzodiazepinen zoals Valium en Seresta hadden gebruikt voor de kick of voor de roes.
- Van 1998 tot 2000 is het middelengebruik onderzocht onder 130 problematische harddrugsgebruikers in Parkstad Limburg (Coumans et al., 2000). Bijna eenderde (32%) gebruikte medicijnen in tabletvorm voor de kick of voor de roes. Op een gemiddelde dag werden vier tabletten geslikt, minimaal een en maximaal twintig.

8.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Cijfers over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn lastig te vergelijken. Het EMCDDA monitort deze middelen nog niet systematisch in de lidstaten van de EU (Casati et al., 2012). Voor de Verenigde Staten, Canada en Australië zijn cijfers in tabel 8.5 opgenomen. De cijfers zijn niet goed vergelijkbaar met die van Nederland, niet alleen vanwege verschillen in onderzoeksmethode en leeftijd van de respondenten, maar ook omdat in Nederland geen onderscheid is gemaakt tussen gebruik voor medische en niet-medische doeleinden.

Verenigde Staten
In de Verenigde Staten verstaat men onder "illegaal drugsgebruik" ook het niet-medisch gebruik van medicijnen die op recept verkrijgbaar zijn.

- In 2011 had 2,4 procent van de bevolking van 12 jaar en ouder zich hieraan schuldig gemaakt in de afgelopen maand (SAMHSA, 2012, tabel 8.5). Het gaat hier om misbruik van pijnstillers (1,7%), tranquillizers (0,7%), stimulerende middelen (0,4%) en sedativa (0,1%). Deze percentages zijn stabiel van 2002 tot en met 2011.
- Bij pijnstillers gaat het om opiaten zoals OxyContin®. Misbruik van de opiaatachtige pijnstiller buprenorfine is in de Verenigde Staten met name geconstateerd onder jong volwassen ervaren drugsgebruikers (Daniulaityte et al., 2012) en gedetineerden (Wish et al., 2012). Ook is in de Verenigde Staten, op een steekproef van jonge injecterende heroïnegebruikers in Californië, geconstateerd dat 40 procent van de heroïnespuiters hun illegaal drugsgebruik was begonnen met het misbruik van pijnstillers, c.q. medicinale opiaten (Pollini et al., 2011). In de staat Ohio van de Verenigde Staten is geconstateerd dat drugsgebruikers het verslavingsrisico van pijnstillers onderschatten, doordat pijnstillers worden voorgeschreven door een arts (Daniulaityte et al., 2012a).

Australië

- Net als in de Verenigde Staten wordt ook in Australië het niet-medisch gebruik van medicijnen meegeteld bij het illegaal drugsgebruik (AIHW, 2011, tabel 8.5). In Australië werd in 2010 onder andere onderzocht hoeveel procent van de bevolking van 14 jaar en ouder in het afgelopen jaar pijnstillers en slaap- en kalmeringsmiddelen voor niet-medische doeleinden had gebruikt. Het bleek dat 3 procent het afgelopen jaar pijnstillers had misbruikt en dat 1,5 procent het afgelopen jaar misbruik had gemaakt van slaap- en kalmeringsmiddelen. Voor misbruik ooit in het leven lagen deze percentages op respectievelijk 5 procent en 3 procent.

Canada

- Net als in de Verenigde Staten en Australië wordt ook in Canada het niet-medisch gebruik van medicijnen meegeteld bij het illegaal drugsgebruik (CADUMS, 2010, tabel 8.5). Ook Canada monitort met name het misbruik van pijnstillers en slaap- en kalmeringsmiddelen. Bij de pijnstillers gaat het om opiaten zoals Percodan®, Demerol® en OxyContin®.
- In 2010 had 0,2 procent van de Canadese bevolking van 15 jaar en ouder in het afgelopen jaar pijnstillers voor niet-medische doeleinden gebruikt en voor slaap- en kalmeringsmiddelen was dat percentage 0,05 procent.
- Voor zover vergelijkbaar liggen deze cijfers in Canada lager dan in de Verenigde Staten en Australië. Het bevolkingsonderzoek in Canada vraagt de respondenten of ze medicijnen gebruiken om daar "high" van te worden. Door deze manier van vragen kan een onderschatting zijn ontstaan. Breder onderzoek naar niet-voorgeschreven gebruik in Ontario, de grootste provincie van Canada, laat dan ook hogere cijfers zien (Fischer et al., 2013). In 2010-2011 had 5,9 procent van de bevolking van 18 jaar en ouder in Ontario in het afgelopen jaar opiaten misbruikt, 6,8 procent van de mannen en 4,9 procent van de vrouwen.

Tabel 8.5 **Niet-medisch gebruik van receptmedicijnen onder de algemene bevolking van de Verenigde Staten, Australië en Canada**[I]

Land / Receptmedicijn	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik	Recent gebruik	Actueel gebruik
Verenigde Staten	2010	12 en ouder			
Pijnstillers (opiaten)			13,7%	4,8%	2,0%
Tranquillizers			8,7%	2,2%	0,9%
Sedativa			3,0%	0,4%	0,1%
	2010				
Pijnstillers (opiaten)				4,6%	1,7%
Tranquillizers					0,7%
Sedativa					0,1%
Australië	2010	14 en ouder			
Pijnstillers (opiaten)			5%	3%	
Slaap- en kalmeringsmiddelen			3%	1,5%	
Canada	2010	15 en ouder			
Pijnstillers (opiaten)				0,2%	
Slaap- en kalmeringsmiddelen				0,05%	
Ontario, Canada	2010-2011	18 en ouder			
Opiaten				5,9%	

*I. **Verschillen in meetmethoden, vraagstelling en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.** Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). Bronnen: SAMHSA, AIHW, CADUMS, Fischer et al. (2013).*

Jongeren

ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, maakt het mogelijk om voor scholieren van 15 en 16 jaar vergelijkingen te maken tussen, onder andere, enkele landen van de Europese Unie en Noorwegen (Hibell et al., 2012). In het ESPAD onderzoek is in 2003, 2007 en 2011 nagevraagd of de scholieren ooit in hun leven slaap- of kalmeringsmiddelen hebben gebruikt zonder een recept van een arts (tabel 8.6).

- In 2011 gingen Frankrijk (11%), Italië (10%), Nederland (9%) en Griekenland (9%) aan kop. De laagste percentages werden gevonden in Ierland (3%) en Duitsland (2%).
- Nederland scoorde met 9 procent boven het (ongewogen) gemiddelde van 6 procent van alle 36 landen die in 2011 aan de ESPAD deelnamen.
- Doorgaans hebben meisjes meer ervaring met het gebruik van deze middelen dan jongens.

In New York is in 2011 geconstateerd dat misbruik van receptmedicijnen onder jongeren samenhangt met hun jeugdcultuur (Kelly et al., 2013). Misbruik van receptmedicijnen in de afgelopen drie maanden kwam vaker voor in de jeugdcultuur die zich kenmerkt door elektronische dansmuziek (29%) dan in de jeugdcultuur die zich kenmerkt door hiphop muziek (13%).

Tabel 8.6 Percentage scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen dat ooit in het leven slaap- of kalmeringsmiddelen heeft gebruikt zonder een recept van een arts, naar geslacht. Peiljaren 2003, 2007 en 2011

Land	2003			2007			2011		
	J	*M*	*T*	*J*	*M*	*T*	*J*	*M*	*T*
Frankrijk	10%	15%	13%	12%	18%	15%	8%	15%	11%
Nederland	7%	10%	8%	6%	8%	7%	6%	11%	9%
België[I]	10%	10%	10%	6%	11%	9%	7%	8%	8%
Finland	4%	9%	7%	4%	9%	7%	5%	9%	7%
Italië	5%	7%	6%	7%	13%	10%	8%	12%	10%
Zweden	5%	7%	6%	6%	9%	7%	7%	9%	8%
Portugal	4%	7%	5%	4%	9%	6%	7%	7%	7%
Griekenland	3%	5%	4%	4%	5%	4%	9%	10%	9%
Denemarken[II]	4%	5%	4%	-	-	-	4%	5%	4%
Noorwegen	3%	3%	3%	3%	5%	4%	3%	4%	4%
Ierland	2%	2%	2%	2%	4%	3%	3%	3%	3%
Duitsland[III]	1%	2%	2%	2%	3%	3%	3%	2%	2%
Oostenrijk	1%	2%	2%	2%	2%	2%	-	-	-
Verenigd Koninkrijk[IV]	2%	1%	2%	2%	1%	2%	-	-	-

Percentage gebruikers zonder recept ooit in het leven. I. België in 2007 en 2011 alleen voor Vlaanderen. II. De gegevens voor Denemarken zijn minder representatief. III. Duitsland alleen voor zes deelstaten in 2007 en vijf deelstaten in 2011. IV. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). J = jongens, M = meisjes, T = totaal, - = niet gemeten. Bron: ESPAD.

8.6 Hulpvraag en incidenten

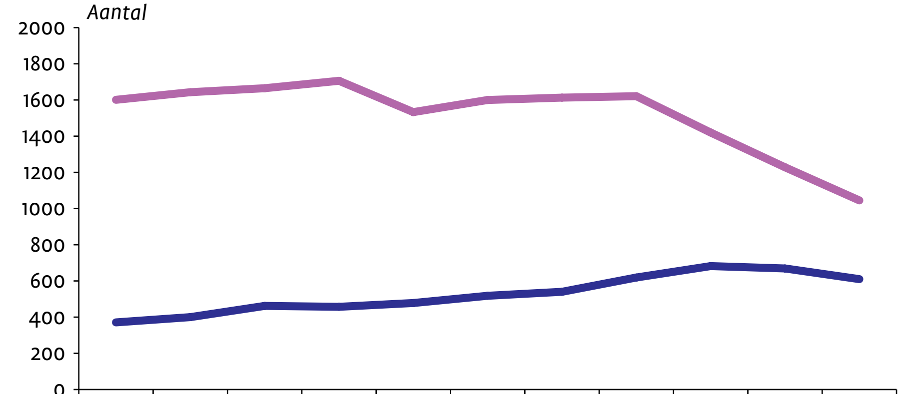
Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn verschillende gespecialiseerde instellingen actief binnen de verslavingszorg. Deze instellingen sturen anonieme gegevens over de hulpverlening naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink et al., 2012, 2013). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) In vorige jaren bevatte het LADIS ook gegevens van de verslavingsreclassering. Vanwege technische problemen zijn in dit NDM Jaarbericht de reclasseringsgegevens niet meer meegenomen. De LADIS-cijfers in dit Jaarbericht, van 2002 tot en met 2012, vallen daardoor lager uit dan de LADIS-cijfers in voorafgaande Jaarberichten.

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten of overige psychofarmaca is tussen 2002 en 2012 gestegen met 64 procent (figuur 8.2).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cliënten van 2,8 in 2002 naar 4,4 in 2012.

- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca als secundair probleem noemde daalde tussen 2002 en 2012 met 35 procent (figuur 8.2). Voor deze groep was in 2012 het primaire probleem alcohol (61%), heroïne (13%), cocaïne of crack (8%), methadon (8%), of cannabis (4%).

Figuur 8.2 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[I]) met primaire of secundaire problematiek voor benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca[II], vanaf 2002



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Primair	371	400	462	457	478	518	540	619	682	669	610
Secundair	1601	1643	1665	1706	1533	1600	1613	1621	1420	1228	1045

Aantal cliënten. I. De cijfers in dit figuur zijn lager dan in eerdere NDM Jaarberichten, doordat in dit Jaarbericht de gegevens van de verslavingsreclassering niet zijn meegenomen. II. Het betreft hier gemiddeld per jaar voor 88% benzodiazepineproblematiek. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

Algemene ziekenhuizen

De algemene ziekenhuizen sturen gegevens over hun opnames anoniem naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Sommige patiënten worden in het ziekenhuis opgenomen vanwege verslaving aan- of misbruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Onder de opnames voor verslaving aan- en misbruik van drugs maakten de slaap- en kalmeringsmiddelen in 2011 in totaal veertien procent uit van de hoofddiagnoses en acht procent van de nevendiagnoses.

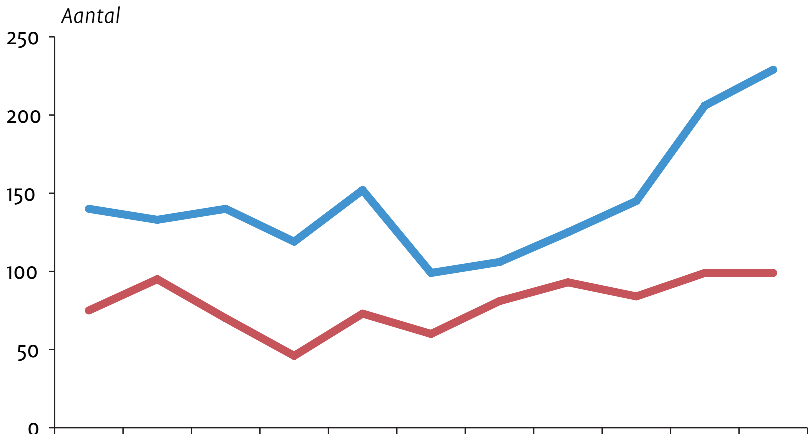
Figuur 8.3 toont voor de periode van 2001 tot en met 2011 het aantal klinische opnames met als hoofddiagnose “misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking” (ICD-9 code 305.4), of “verslaving aan barbituraten of aan sedativa en hypnotica met verwante werking” (ICD-9 code 304.1). De oorspronkelijke barbituraten worden tegenwoordig nog maar weinig voorgeschreven. In de praktijk zal het bij deze middelen vooral gaan om benzodiazepinen.

- Het aantal opnames met slaap- en kalmeringsmiddelenproblematiek als hoofddiagnose vertoont een grillig verloop. Na een daling tussen 2002 en 2004 lijkt er

weer een toename waarneembaar tot 2010. In 2010 en 2011 werden evenveel hoofddiagnoses geregistreerd (figuur 8.3).

- Het aantal opnames met slaap- en kalmeringsmiddelenproblematiek als secundaire diagnose is ongeveer twee keer zo groot. Ook hier lijkt zich een stijgende trend af te tekenen van 2006 tot en met 2011. Van 2009 naar 2010 vond er een stijging plaats met 42 procent en tussen 2010 en 2011 vond er nog eens een stijging plaats met 11 procent (figuur 8.3).
- De gemiddelde leeftijd van de patiënten in 2011 (hoofd- en nevendiagnoses samengenomen) was 45 jaar; 57 procent was man.

Figuur 8.3 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofd- of nevendiagnose misbruik van- of verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen, vanaf 2001



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nevendiagnoses	140	133	140	119	152	99	106	125	145	206	229
Hoofddiagnoses	75	95	70	46	73	60	81	93	84	99	99

Aantal klinische opnames. Hoofddiagnoses en nevendiagnoses volgens ICD-9 codes: 305.4 (misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking) en 304.1 (verslaving aan barbituraten of aan sedativa en hypnotica met verwante werking). Bron: LMR, DHD.

Rijden onder invloed

In Europa is in de periode 2007-2009 onderzoek gedaan naar het rijden onder invloed van alcohol, drugs en medicijnen (SWOV, 2011).

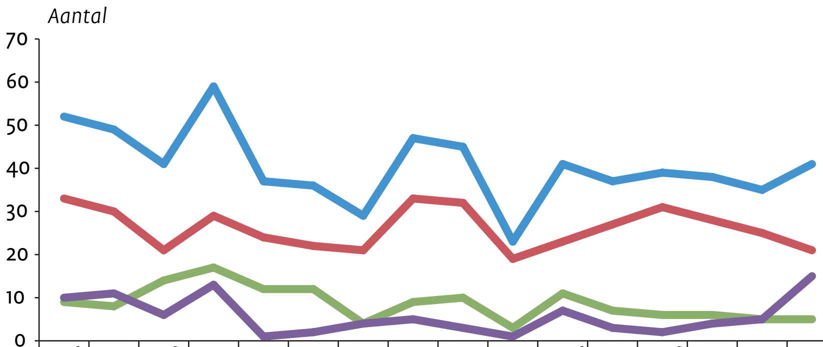
- Het percentage bestuurders waarbij benzodiazepinen werden aangetroffen als het enige middel lag in Nederland ongeveer de helft lager dan het Europees gemiddelde: 0,4 procent in Nederland tegenover 0,9 procent in Europa. Dit komt voornamelijk doordat het gebruik van geneesmiddelen in Nederland over het algemeen al relatief laag ligt.
- Verder had in Nederland 0,2 procent van de bestuurders medicinale opiaten gebruikt tegenover 0,4 procent in Europa. Het gaat hierbij om medicijnen als morfine en codeïne, die vooral als zware pijnstiller worden gebruikt.

Het grootste risicio op een verkeersongeluk doet zich voor bij benzodiazepinen met een langere werkingsduur, bij een hogere dosis en tijdens de eerste weken van het gebruik (Smink et al., 2010; Ravera et al., 2012).

8.7 Ziekte en sterfte

Figuur 8.4 toont het aantal geregistreerde sterfgevallen door overdosering van medicijnen tussen 1996 en 2011. Het totaal aantal geregistreerde gevallen varieert in deze periode tussen 23 gevallen in 2005 en 59 gevallen in 1999. Elk jaar gaat het in de meerderheid van de gevallen om benzodiazepinen.

Figuur 8.4 Sterfgevallen door overdosering van medicijnen in Nederland, vanaf 1996



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Totaal	52	49	41	59	37	36	29	47	45	23	41	37	39	38	35	41
Benzodiazepinen	33	30	21	29	24	22	21	33	32	19	23	27	31	28	25	21
Sedativa	9	8	14	17	12	12	4	9	10	3	11	7	6	6	5	5
Barbituraten	10	11	6	13	1	2	4	5	3	1	7	3	2	4	5	15

Aantal sterfgevallen. Sedativa volgens ICD-10 codes: F13.0, F13.1, F13.2, F13.3-9, X41 & T42.6, X41 & T42.7, X61 & T42.6, X61 & T42.7, Y11 & T42.6, Y11 & T42.7; Barbituraten volgens ICD-10 codes: X41 & T42.3, X61 & T42.3, Y11 & T42.3; Benzodiazepinen volgens ICD-10 codes: X41 & T42.4, X61 & T42.4, Y11 & T42.4. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

8.8 Aanbod en markt

Benzodiazepines zijn op voorschrift van een arts voor bepaalde indicaties verkrijgbaar.

- De vergoeding van benzodiazepinen van uit de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt en geldt alleen nog voor een kleine groep patiënten, voor enkele specifieke indicaties. Deze indicaties zijn epilepsie, angststoornissen indien therapie met antidepressiva heeft gefaald, multipele psychiatrische problematiek en palliatieve sedatie bij terminale zorg; ook wordt diazepam vergoed bij spierspasmen door neurologische aandoeningen (www.sfk.nl, 06-09-2012).

- Deze maatregel is ingevoerd om het chronisch gebruik terug te dringen en te voorkómen; vanwege de verslavende werking van deze medicijnen; en om kosten te beperken die het ongewenst chronisch gebruik met zich meebrengt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2009). Na ingang van de maatregel daalde het totaal aantal verstrekte benzodiazepinen met 15 procent; van 209 miljoen in 2008 naar 177 miljoen in 2009 (www.sfk.nl, 06-09-2012, zie ook § 8.4).
- In 2010 werd bij de openbare apotheken voor 80 miljoen euro aan benzodiazepinen gekocht, waarvan 53 miljoen euro door de gebruikers zelf werd betaald (www.sfk.nl).
- In 2010 betaalden de gebruikers zelf 27 miljoen euro voor slaapmiddelen en 26,6 miljoen voor kalmeringsmiddelen. In 2011 daalden deze eigen uitgaven licht naar 26 miljoen euro voor slaapmiddelen en 24,7 miljoen voor kalmeringsmiddelen (SFK, 2012). Tussen 2010 en 2011 steeg het totaal aantal verstrekte benzodiazepinen weer met een procent van 177 naar 179 miljoen (www.sfk.nl, 06-09-2012).

Verspreiding van medicijnen in het 'illegale circuit' lijkt in Nederland weinig voor te komen, al is hierover weinig bekend. Wel waarschuwde de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) in september 2012 voor een toename van vervalste recepten (www.knmp.nl, 10-09-2012). Ook wijst het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) op het gevaar van 'nepmedicijnen' die via internet worden verkocht (www.medicijngebruik.nl).

- In de Verenigde Staten is nagevraagd hoe de misbruikers van pijnstillers aan deze medicijnen komen (SAMHSA, 2012). Meer dan de helft van de misbruikers (54%) kreeg de pijnstillers gratis van een bevriend iemand of een familielid en 17 procent betaalde een bevriend iemand of een familielid hiervoor of nam hen de pijnstillers af. De overige misbruikers kochten de pijnstillers van een drugsdealer of een vreemde (4%), kregen de pijnstillers via internet, een vals recept, of diefstal (5%), of kregen de pijnstillers via één arts (18%), dan wel meerdere artsen (2%). Vrienden of familieleden die de pijnstillers gratis weggaven, hadden op hun beurt deze pijnstillers meestal gekregen van één arts (82%).
- In de Verenigde Staten is ook onderzocht hoe drugsdealers aan de medicijnen komen om ze door te verkopen. Het blijkt dat de drugsdealers hiervoor een aantal strategieën hebben ontwikkeld: zich voordoen als 'pijnpatiënt' en meerdere 'pijnklinieken' bezoeken, het corrumperen van medewerkers van apotheken en het kopen van de medicijnen van echte pijnpatiënten (Rigg et al., 2012). Artsen en apothekers die medeplichtig zijn aan het oneigenlijk gebruik van medicijnen, worden in de Verenigde Staten strafrechtelijk vervolgd door de federale DEA, de Drug Enforcement Administration (www.justice.gov/dea). De DEA werkt daarbij nauw samen met regionale opsporingsinstanties. Ook artsen die te goeder trouw zijn en in al hun goedgelovigheid niet doorhebben dat ze door dealers en verslaafden worden misbruikt om illegaal aan medicijnen te komen, worden in de Verenigde Staten strafrechtelijk vervolgd (Ziegler et al., 2011).

DEEL III ONTWIKKELINGEN IN GEBRUIK: ALCOHOL EN TABAK

9 Alcohol

Alcohol ontstaat uit het vergisten van granen en vruchten. Alcohol wordt gedronken in de vorm van bier, wijn, of gedistilleerd. Een glas bier, een glas wijn en een borrel gedistilleerde drank bevatten ongeveer evenveel alcohol. Dat komt omdat de grootte van het glas kleiner wordt naarmate het alcoholpercentage van de drank hoger is.

Alcohol veroorzaakt een lichte roes. In sociale situaties ervaren consumenten alcohol als ontspannend en bevorderlijk voor een goede stemming. In minder sociale situaties kan alcohol een agressieve stemming versterken. Alcohol is een verslavende stof. Bij regelmatig gebruik treedt gewenning op en tolerantie.

Overmatig alcoholgebruik behoort wereldwijd tot de belangrijkste risicofactoren voor ziekte. Het is een causale factor bij meer dan 60 soorten ziektes en verwondingen en resulteert jaarlijks in ongeveer 2,5 miljoen sterfgevallen (WHO, 2011). Vier procent van alle sterfte wereldwijd wordt veroorzaakt door alcohol. De maatschappelijke en sociale schade door overmatig alcoholgebruik heeft betrekking op diverse terreinen variërend van geluidsoverlast en vandalisme tot arbeidsverzuim, (uitgaans-)geweld, huiselijk geweld/kindermishandeling en criminaliteit. Overmatig alcoholgebruik kostte de Nederlandse samenleving in 2001 naar schatting 2,6 miljard euro. Kosten hebben betrekking op werk (productiviteitsverlies door werkverzuim, ziekte, slechtere prestaties), misdrijven en overtredingen (vernielingen, verkeersongevallen en justitiële kosten van politie, rechtspraak), verslavingszorg en gezondheidszorg. Gecorrigeerd voor inflatie betekent dit dat deze kosten in 2011 gestegen zijn tot zo'n 3,7 miljard euro (KPMG, 2001; STAP, 2010; Alcoholinfo.nl).

Preventie van schadelijk alcoholgebruik vormt een van de speerpunten van het beleid van het ministerie van VWS (T.K. 32793-2; T.K. 32620-78). Hierbij geldt een minimumleeftijd van 16 jaar voor de verkoop van zwakalcoholhoudende dranken en 18 jaar voor sterke drank. Per 1 januari 2013 zijn jongeren onder de 16 jaar strafbaar als ze alcohol in hun bezit hebben in de openbare ruimte. Per 1 januari 2014 gaat de leeftijdsgrens voor de verkoop van alle alcoholhoudende dranken en het bezit in de openbare ruimte naar 18 jaar. Het toezicht op de handhaving van de Drank- en Horecawet is per 1 januari 2013 overgedragen van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoritieit naar de gemeenten.

9.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over alcohol in dit hoofdstuk zijn:

- Volgens verkoopcijfers is de consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking tussen 2000 en 2011 licht gedaald. Ook het percentage mensen van 12 jaar en ouder dat alcohol drinkt is in deze periode iets afgenomen (§ 9.2).
- Ook het percentage zware drinkers onder Nederlanders van 12 jaar en ouder is tussen 2001 en 2011 gedaald (§ 9.4).
- Tussen 2003 en 2011 is het alcoholgebruik (ooit en actueel) onder scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs afgenomen. Deze daling deed zich vooral voor in de jongste leeftijdgroepen tot en met veertien jaar (§ 9.3).
- Het percentage 'binge drinkers' (drinken van vijf of meer glazen bij één gelegenheid) onder alle scholieren is tussen 2003 en 2011 ook gedaald; onder degenen die drinken blijft het aandeel binge drinkers onverminderd hoog (§ 9.3).
- Ondanks een wettelijk verbod kunnen jongeren onder de zestien jaar nog steeds gemakkelijk alcoholhoudende dranken krijgen (§ 9.8).
- Na een jarenlange toename in het aantal cliënten bij de verslavingszorg met een primair alcoholprobleem, is in 2011 en 2012 een lichte daling waarneembaar. De gemiddelde leeftijd is tussen 2002 en 2012 licht gestegen (§ 9.6).
- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen waarbij een aan alcohol gerelateerde aandoening een rol speelt bleef in 2011 echter verder stijgen (§ 9.6).
- Het aantal jongeren dat met een alcoholintoxicatie door een kinderarts in een ziekenhuis wordt behandeld is tussen 2011 en 2012 licht gedaald (§ 9.6).
- De totale sterfte door alcoholgerelateerde aandoeningen (primaire en secundaire doodsoorzaken samen) bleef tussen 2004 en 2012 op hetzelfde niveau (§ 9.7).

9.2 Gebruik: algemene bevolking

Alcoholgebruik is wijd verbreid in de Nederlandse samenleving.

- Volgens de meting van 2011 van de gezondheidsenquête van het CBS heeft 78 procent van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder het afgelopen jaar wel eens alcohol gedronken (tabel 9.1). Het percentage dat het afgelopen jaar geen alcohol heeft gedronken, ligt daarmee op 22 procent. Dit was gelijk aan de meting in 2010 (CBS, 2012). In de meting van 2001 dronk 82 procent van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder alcohol. Door een verandering in onderzoeksmethode in 2010, zijn cijfers uit eerdere peilingen over het percentage alcoholgebruikers mogelijk niet geheel vergelijkbaar met die uit 2010 en 2011.
- Meer mannen dan vrouwen drinken alcohol. In 2011 dronk 83 procent van de mannen van 12 jaar en ouder wel eens alcohol en 72 procent van de vrouwen.
- Ook zijn er verschillen tussen leeftijdsgroepen. Van de 12-16 jarigen heeft 17 procent wel eens alcohol gedronken. Bij de 16-20 jarigen is dit gestegen tot 77 procent. Tussen de 20 en 65 jaar ligt het percentage drinkers boven de 80 procent. Daarna neemt het iets af; van de 75 plussers drinkt 70 procent alcohol.

Tabel 9.1 Alcoholgebruik[I] in de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder naar geslacht en leeftijd. Peiljaren 2010 en 2011

	2010	2011
Totaal	77,7	77,6
Mannen	82,5	83,1
Vrouwen	72,9	72,1
12 tot 16 jaar	23,7	16.8
16 tot 20 jaar	74,4	77,4
20 tot 30 jaar	84,1	85,8
30 tot 40 jaar	81,9	80,6
40 tot 50 jaar	79,7	81,6
50 tot 55 jaar	84,4	83,5
55 tot 65 jaar	84,1	82,7
65 tot 75 jaar	80,8	79,4
75 jaar of ouder	70,3	70,2

I. Percentage dat het afgelopen jaar alcohol heeft gedronken. Bron: Statline, CBS.

Sociaal-economische verschillen in alcoholgebruik

In achterstandswijken zijn meer mensen die geen alcohol drinken en komt overmatig alcoholgebruik minder vaak voor (Ruijsbroek et al., 2011). Een recente studie liet echter zien dat dit niet zozeer samenhangt met de sociale status, maar met de allochtone achtergrond van de mensen die in achterstandswijken wonen. Daarnaast kan een klein deel van de verschillen worden verklaard door het aandeel van inwoners met een Islamitische achtergrond (Kuipers et al., 2013; Van Maanen, 2013).

Verkoopcijfers

Verkoopcijfers geven een indicatie van de hoeveelheid alcohol die jaarlijks per hoofd van de bevolking wordt geconsumeerd (Productschap Wijn, 2013; Productschap Dranken, 2012; www.stiva.nl; www.nederlandsebrouwers.nl).

- De consumptie van alcohol was in Nederland het grootst in de tweede helft van de jaren zeventig en in de jaren tachtig. Daarna volgde een lichte daling, die zich vanaf het begin van de jaren negentig slechts licht heeft doorgezet (tabel 9.2).
- Per persoon werd in 2011 72 liter bier, 22 liter wijn en 3,5 liter gedistilleerd geconsumeerd.
- De consumptie van bier in Nederland is de laatste jaren stabiel. De consumptie van wijn per hoofd van de bevolking is sinds 1990 langzaam toegenomen, maar is de laatste jaren redelijk stabiel. Na een sterke daling vanaf 1975 is ook de consumptie van gedistilleerde dranken de laatste jaren stabiel.
- In de eerste jaren van de 21e eeuw steeg de afzet van premixen sterk, van 23 713 hectoliter in 1996 tot 309 252 hectoliter in 2002. Sindsdien is weer een sterke daling opgetreden en de verkoop bleef sinds 2007 onder de 100 000 hectoliter (89 723 hectoliter in 2011).

- Ook de verkoop van gedistilleerd is tussen 1996 en 2011 afgenomen, van 853 790 hectoliter in 1996 tot 639 614 hectoliter in 2011.

Tabel 9.2 Bier, wijn en gedistilleerd per hoofd van de hele bevolking (in liters pure alcohol), vanaf 1960

Jaar	Bier	Wijn	Gedistilleerd	Totaal
1960	1,2	0,2	1,1	2,6
1965	1,9	0,5	1,9	4,2
1970	2,9	0,8	2,0	5,7
1975	4,0	1,5	3,4	8,9
1980	4,8	1,4	2,7	8,9
1985	4,2	2,0	2,2	8,5
1990	4,1	1,9	2,0	8,1
1995	4,1	2,2	1,7	8,0
2000	4,1	2,3	1,7	8,2
2001	4,0	2,3	1,7	8,1
2002	4,0	2,3	1,7	8,0
2003	4,0	2,5	1,5	7,9
2004	3,9	2,6	1,4	7,9
2005	3,9	2,7	1,3	7,9
2006	3,9	2,8	1,3	7,9
2007	3,9	2,6	1,3	7,7
2008	3,9	2,7	1,3	7,9
2009	3,6	2,7	1,3	7,6
2010	3,6	2,8	1,3	7,6
2011	3.6	2.8	1,2	7,5

Bronnen: Productschap Dranken; Productschap Wijn; STIVA.

9.3 Gebruik: jongeren

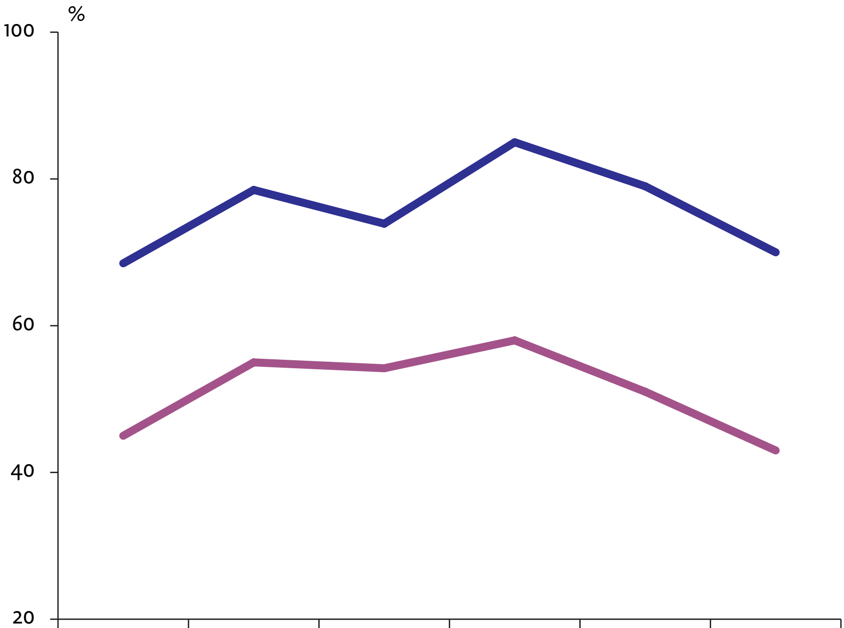
Scholieren van het regulier onderwijs

Het Trimbos-instituut peilt sinds het midden van de jaren tachtig in hoeverre leerlingen van twaalf tot en met achttien jaar op reguliere middelbare scholen ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. Dit gebeurt via het landelijke Peilstationsonderzoek scholieren, waarvan tussen 1988 en 2011 vierjaarlijks peilingen zijn verricht (Verdurmen et al., 2012).

- In 2011 had 70 procent van de leerlingen van 'reguliere' middelbare scholen ervaring met alcohol. Dat was minder dan in 2007, toen nog 79 procent ervaring had met alcohol en minder dan tijdens de piek in 2003 (85%). Dit pecrcentage schommelde echter wel over de afgelopen 15 jaar (figuur 9.1).

- In 2011 had 43 procent van de ondervraagde leerlingen in de maand voor de peiling alcohol gedronken. Dit lijkt minder dan in 2007 (51%) en in 2003 (58%), maar alleen het verschil met 2003 is significant.

Figuur 9.1 Gebruik van alcohol onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988



	1992	1996	1999	2003	2007	2011
Ooit	69	79	74	85	79	70
Actueel	45	55	54	58	51	43

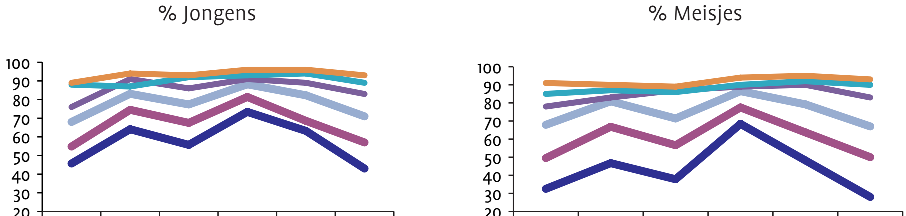
Percentage drinkers ooit in het leven en in de laatste maand voor de peiling (actueel). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

Leeftijd en geslacht

- Scholieren hebben al op jonge leeftijd hun eerste ervaring met alcoholgebruik. In 2011 had 19 procent van de scholieren in groep zeven en acht op de basisschool wel eens alcohol gedronken.
- Verschillen tussen jongens en meisjes in de ervaring met alcoholgebruik zien we alleen in groep 7 en 8 van het basisonderwijs en bij 12-jarigen in het voortgezet onderwijs. Meer jongens dan meisjes hebben dan wel eens alcohol gedronken. Vanaf 13 jaar zijn de verschillen niet meer significant.
- Bij het actueel alcoholgebruik zijn er geen verschillen tussen jongens en meisjes. Dit geldt ook voor de jongste leeftijdscategorieën.

- De daling in het ooitgebruik en actueel gebruik van alcohol in het voortgezet onderwijs sinds 2003 deed zich vooral voor onder jongeren van 12 tot en met 15 jaar (zie ook figuur 9.2 voor de trends in het ooitgebruik).
- In 2011 had op twaalfjarige leeftijd ruim een derde (35%) van de scholieren al eens een glas alcohol gedronken. Dat was minder dan in 2007, toen ruim de helft (56%) van de scholieren op twaalfjarige leeftijd al wel eens alcohol had gedronken. Van de vijftienjarigen in 2011 had 83 procent ooit alcohol gebruikt en dat was iets lager dan in 2007 (89%).

Figuur 9.2 Trends in het ooitgebruik van alcohol in het voortgezet onderwijs naar leeftijd en geslacht, vanaf 1992



% Jongens

	1992	1996	1999	2003	2007	2011
12 j	46	64	56	73	63	43
13 j	55	75	68	81	69	57
14 j	68	83	77	88	82	71
15 j	76	91	86	91	89	83
16 j	88	87	92	93	94	89
17-18	89	94	93	96	96	93

% Meisjes

	1992	1996	1999	2003	2007	2011
12 j	33	47	38	68	48	28
13 j	50	67	57	78	64	50
14 j	68	81	71	87	79	67
15 j	78	83	87	89	90	83
16 j	85	87	86	90	92	90
17-18	91	90	89	94	95	93

Percentage drinkers ooit in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

Frequent drinken en "binge drinken"

Binge drinken wordt gedefinieerd als het drinken van vijf of meer glazen alcohol bij één gelegenheid. Binge drinken is geassocieerd met tal van medische aandoeningen en vergroot het risico op ongevallen, onafhankelijk van de totale dagelijkse alcoholconsumptie (Roerecke en Rehm, 2010; Sundell et al., 2008).

- In 2011 had bijna een op de drie (30%) scholieren in het voortgezet onderwijs in de afgelopen maand wel eens vijf glazen of meer alcohol bij één gelegenheid gedronken ('binge drinken') ongeveer evenveel meisjes als jongens.
- Het percentage binge drinkers is tussen 2003 en 2011 gedaald. In 2003 was 40 procent van de scholieren in die leeftijdsgroep nog een binge drinker en in 2007 36 procent.
- Onder degenen die drinken blijft het percentage binge drinkers echter onverminderd hoog: 66 procent in 2003, 68 procent in 2007 en 68 procent in 2011.
- Binge drinken neemt snel toe met het ouder worden. Op zestienjarige leeftijd heeft meer dan de helft (57%) van de scholieren in de afgelopen maand wel eens aan binge drinken gedaan. Onder twaalfjarigen is dat drie procent.

- Onder de scholieren die alcohol drinken dronk in 2011 de helft in de afgelopen maand tussen de drie en tien keer. Vijftien procent van de drinkende jongens en 7 procent van de drinkende meisjes in het voortgezet onderwijs dronk zelfs meer dan 10 keer in de afgelopen maand. Deze percentages zijn weinig veranderd ten opzichte van die uit 2007.
- Drinken gebeurt het meeste in het weekend. Het aantal glazen dat per weekend wordt gedronken neemt snel toe met de leeftijd. Vijftien procent van 12-jarige alcoholgebruikers zegt in het weekend 5 glazen of meer te drinken. Op 14-jarige leeftijd drinkt al 33 procent van de alcoholgebruikers 5 glazen of meer in het weekend, en op 16-jarige leeftijd is dit gestegen tot twee op de drie drinkende jongeren (67%). Op 16-jarige leeftijd drinkt een kwart van de alcohol gebruikende jongens (25%) meer dan 20 glazen alcohol in het weekend; bij meisjes geldt dit voor acht procent.

Etnische afkomst en schoolniveau

- Het actuele alcoholgebruik onder leerlingen van Marokkaanse en Turkse herkomst in het voortgezet onderwijs ligt beduidend lager dan onder autochtoon Nederlandse leerlingen (respectievelijk 8% en 16% versus 45%). Het actuele alcoholgebruik door leerlingen van Antilliaans/Arubaanse herkomst is vergelijkbaar met dat van autochtone leerlingen (47%). Leerlingen van Surinaamse herkomst nemen een tussenpositie in (36%) (Verdurmen et al., 2012).
- Alcoholgebruik hangt ook samen met schoolniveau. Leerlingen van de beroepsgerichte leerweg van het VMBO en HAVO leerlingen scoren op verschillende indicatoren van alcoholgebruik het hoogst (tabel 9.3) (Verdurmen et al., 2012).

Tabel 9.3 Alcoholgebruik naar schoolniveau onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar van het voortgezet onderwijs. Peiljaar 2011

	Actueel gebruik (%)	Binge drinken onder actuele drinkers	> 10 keer alcoholgebruik in de afgelopen maand onder actuele drinkers	> 10 keer alcoholgebruik in de afgelopen maand onder actuele drinkers
			jongens	*meisjes*
VMBO-b	36%	76%	18%	6%
VMBO-t	36%	68%	10%	6%
HAVO	43%	62%	16%	8%
VWO	36%	56%	11%	3%

Binge drinken: vijf glazen of meer alcohol drinken bij één gelegenheid in de afgelopen maand. Actueel gebruik = in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut (Verdurmen et al., 2012).

Alcohol en probleemgedrag

- Leerlingen van 12-16 jaar die wekelijks drinken vertonen meer delinquent en agressief gedrag dan jongeren die niet wekelijks drinken. Er is geen verschil tussen jongens

en meisjes, maar het verband is sterker bij de jongere leeftijdsgroepen (Verdurmen et al., 2005; Schrijvers en Schoemakers, 2008).

- Onder plattelands jongeren (13-18 jaar) bestaat een duidelijke relatie tussen omvang van het alcoholgebruik en frequentie van cafébezoek enerzijds en delinquent gedrag anderzijds (Weenink, 2011).
- Onder jongeren van 12 en 13 jaar hangt wekelijks alcoholgebruik ook samen met somatische klachten en angst- en depressieve klachten. Ook is bekend dat enkele persoonlijkheidsprofielen gerelateerd zijn aan alcoholgebruik op jonge leeftijd (Malmberg et al., 2010). De kans om op jonge leeftijd met alcoholgebruik te beginnen is groter onder 11-15 jarigen met persoonlijkheidskenmerken als hopeloosheid en sensatiezoekgedrag (Malmberg et al., 2010).
- Een recente internationale studie (Steketee et al., 2013) laat zien dat verschillende risicofactoren in verschillende domeinen het alcoholgebruik van jongeren beïnvloeden. Een lage zelf-controle, voornamelijk gericht zijn op leeftijdsgenoten, minder gehecht zijn aan familie, een slechte relatie hebben met ouders, weinig controle door de ouders, opgroeien in een omgeving met weinig sociale cohesie en veel spijbelen hangen samen met een grotere mate van (problematisch) alcoholgebruik.

Ouders

Ouders hebben een belangrijke rol in de ontwikkeling van het alcoholgedrag van hun kinderen.

- Diverse studies hebben uitgewezen dat vooral het hanteren van normen en het stellen van regels (geen alcohol drinken) beginnend alcoholgebruik uit kan stellen en de kans op probleemdrinken verlaagt (Van den Eijnden et al., 2011; Schelleman-Offermans et al., 2011). Het succesvol uitstellen van drinken werkt alleen als zowel de ouders als de kinderen worden geïnformeerd over de nadelen van alcoholgebruik op jonge leeftijd (Van der Vorst et al., 2010; Koning, 2011).
- Het percentage ouders dat strenge regels stelt ten aanzien van alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar is de afgelopen jaren sterk gestegen. In 2007 gaf 51 procent van de ouders aan dat hun kind niet voor het 16e jaar alcohol mocht drinken. In 2011 was dit gestegen naar 72 procent. De stijging was het hoogst bij ouders van kinderen in de leeftijd van 14-15 jaar. In 2007 zei 43 procent van de ouders van 14-15 jarige kinderen dat hun kind zeker geen alcohol mocht drinken; in 2011 gold dit voor 68 procent (Verdurmen et al., 2012a).

Speciale groepen jongeren

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt alcoholgebruik mogelijk vaker voor. In deze paragraaf wordt het alcoholgebruik onder uitgaande jongeren en probleemjongeren beschreven. Tabel 9.4 vat de resultaten samen van diverse studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen vaak laag, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen
Veel jongeren en jongvolwassenen drinken tijdens het uitgaan (tabel 9.4). In bijna elk uitgaansnetwerk wordt alcohol gedronken maar de omvang hangt samen met de uitgaanslocatie en soort muziek. Bier en wijn domineren, maar er wordt ook veel gemixt met sterke drank. Er wordt weinig dure drank besteld en er zijn signalen dat er minder wordt doorgedronken, wat het gevolg lijkt te zijn van een krapper budget (Benschop et al., 2011; Nabben et al., 2012).

In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde grootschalige party's (Van der Poel et al., 2010).
- Negen op de tien (91%) bezoekers was een actuele drinker, even veel mannen als vrouwen.
- Actueel drinken kwam vaker voor onder hoogopgeleiden dan laagopgeleiden (94% versus 87%) en in de grote steden. Er was geen verschil tussen leeftijdsgroepen.
- Van de actuele drinkers nam 9 procent (bijna) dagelijks alcohol en bijna twee derde dronk alleen in het weekend of een paar keer per week (62%). Per keer werden er gemiddeld zes tot zeven glazen geconsumeerd, maar dit aantal liep uiteen van een tot meer dan vijftien glazen.
- 'Binge' drinken is eerder regel dan uitzondering. Acht op de tien (80%) bezoekers had in de afgelopen maand vijf of meer drankjes geconsumeerd bij minstens één gelegenheid. Dit percentage is hoger onder mannen dan vrouwen (87% versus 75%).

In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen en Drenthe), Oost (Overijssel en Gelderland), Midden (Flevoland en Utrecht), West (Noord- en Zuid-Holland), en Zuid (Zeeland, Noord-Brabant en Limburg).
- Het percentage actuele drinkers (92%) was vergelijkbaar met dat onder de partybezoekers. Eveneens 9 procent van de actuele drinkers consumeerde (bijna) dagelijks alcohol en 69 procent dronk alleen in het weekend of een paar keer per week.
- Een patroon van binge drinken werd bij 86 procent gezien. Bij binge drinken worden bij minstens één gelegenheid in de afgelopen maand vijf of meer drankjes geconsumeerd.
- Verschillen in actueel drinken tussen regio's zijn klein en niet statistisch signficant (94% in Oost, 93% in Zuid, 91% in Noord en West, 90% in Midden).
- Ook waren er geen verschillen tussen de regio's in percentages binge drinkers (88% in Noord, 87% in Zuid, 86% in West, 82% in Midden).

De Amsterdamse Antenne-monitor laat zien dat het alcoholgebruik onder cafébezoekers stabiel hoog ligt (Benschop et al., 2011). Onder coffeeshopbezoekers is tussen 2001 en 2009 het alcoholgebruik gedaald (Nabben et al., 2010).
- Zowel in 2000 (96,1%) als in 2010 (98,6%) had de overgrote meerderheid van de cafébezoekers in de afgelopen maand alcohol gedronken. Het aantal glazen per drinkdag en tijdens het uitgaan bleef nagenoeg gelijk.

- In 2010 dronk een vijfde van de actuele drinkers in het onderzoek onder cafébezoekers dagelijks of bijna dagelijks alcohol. Van de deelnemende actuele drinkers consumeerde 42 procent alcohol tijdens enkele dagen per week. Meer dan een op de vijf (21,7%) dronk uitsluitend in het weekend en 15,5 procent slechts bij gelegenheden of bijna nooit.
- Van de actuele drinkers dronk 42 procent vijf of meer glazen per dag.
- Er werd een geringe, maar niet statistisch significante daling in het riskant drinken gezien: dagelijks of een paar keer per week tenminste vier glazen (bij personen tot 19 jaar) of vijf glazen (vanaf 19 jaar). In 2010 werd 27 procent van de deelnemende cafébezoekers als een riskant drinker geclassificeerd; in 2000 was dat 33 procent. In het onderzoek onder de coffeeshopbezoekers werd eerder wel een opvallende en statistisch significante daling in riskant drinken gevonden, van 30 procent in 2001 tot 5 procent in 2009 (Nabben et al., 2010).
- Ongeveer de helft (49%) van de cafébezoekers vindt dat hij of zij wel eens teveel of te vaak drinkt.

Indrinken

Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaansleven blijft het "indrinken" – ofwel alcohol consumeren vóór het 'echte' uitgaan - zowel in de steden als op het platteland een wijd verbreid fenomeen (Doekhie et al., 2010). Dit indrinken kan thuis, op straat, in een keet of bij vrienden gebeuren, maar steeds meer ook in de horeca zelf (door middel van prijsacties). Over het algemeen lijken het vooral jeugdigen te zijn die voor het stappen gaan indrinken om kosten te besparen.

- De Monitor alcoholverstrekking in 2009 laat zien dat onder uitgaande jongeren (13-17 jaar) 56 procent wel eens begint met alcohol drinken vóór het uitgaan. In 2003 was dit nog 50 procent (Bieleman et al., 2010). Dit indrinken gebeurt vooral thuis (55%) of bij vrienden (71%).
- In het landelijk uitgaansonderzoek in 2008/2009 onder bezoekers van party's en feesten had 30 procent van degenen die tijdens de uitgaansavond hadden gedronken van te voren thuis of bij vrienden al alcohol gedronken. Het gemiddeld aantal glazen alcohol dat tijdens het indrinken werd geconsumeerd was 4,5 (variërend van 1 tot 20) (Van der Poel et al., 2010).
- Ook uit de HBSC-studie in 2009 onder scholieren blijkt dat indrinken voor het uitgaan een regelmatig fenomeen is. Bijna vier op de tien scholieren die recent hebben gedronken drinken voor het uitgaan thuis of op straat alvast alcohol (Van Dorsselaer et al., 2010).
- Onderzoek onder Amsterdamse scholieren van 13-18 jaar (gemiddeld 15 jaar) in de voorlaatste klassen van het voortgezet onderwijs liet zien dat de helft van de actuele drinkers in de afgelopen maand voor het uitgaan alcohol had geconsumeerd, de meesten bij vrienden thuis (40%), op afstand gevolgd door thuis (16%) en een hangplek of op straat (14%) (Nabben et al., 2012).

Tabel 9.4 Alcoholgebruik onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Populatie	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Maat voor alcoholgebruik[I]	2009[III]
Bezoekers van party's en festivals	Landelijk[II]	2008/ 2009	14-51 Gemiddeld 24 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Bingen afgelopen maand	99% 97% 91% 80%
Bezoekers van clubs en discotheken	Landelijk	2008/ 2009	13-51 Gemiddeld 22 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Bingen afgelopen maand	98% 96% 92% 86%
Uitgaande jongeren	Landelijk	2009	13-17 jaar	Aantal glazen tijdens uitgaan	5,3
Cafébezoekers	Amsterdam	2010	Gemiddeld 27 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Binge drinken[I]	100% 100% 99% 27% 65%
Coffeeshop-bezoekers	Amsterdam	2009	Gemiddeld 28 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Binge drinken[I]	91% 82% 71% 7% 82%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gemiddeld 25 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Binge drinken[I]	99% 98% 96% 31% 86%
				Afgelopen maand 6 of meer glazen man 4 of meer glazen vrouw	97% 74% 77%
Uitgaande jongeren en jongvolwas-senen	Den Haag	2008/ 2009	Gemiddeld 21 jaar		

De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. De volgende definities van binge drinken worden gehanteerd: Definities voor Amsterdam: Riskant drinken: dagelijks of paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer, onder huidige drinkers. Binge drinken onder cafébezoekers: maandelijks of vaker 6 of meer glazen per gelegenheid. Binge drinken onder coffeeshopbezoekers en bezoekers van trendy clubs: 5 glazen of meer per gelegenheid in afgelopen maand, onder de huidige drinkers. II. Geringe respons (19%). Bronnen: Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/UvA; Monitor alcoholverstrekking, Intraval; Antenne, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA; Uitgaansonderzoek Den Haag, GGD Den Haag.

Keten

De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor alcoholgebruik door jongeren in keten. "Keten" of "hokken" zijn semi-particuliere (niet-commerciële) settingen waar jongeren samenkomen voor de gezelligheid en om te drinken (Intraval, 2010). Er worden drie typen keten onderscheiden: de huiskamerkeet (of zolder of garage waar een kleine groep vrienden incidenteel bij elkaar komt en zelf drank meeneemt), de buurtkeet (waaronder de meeste Nederlandse keten vallen, hier komt een grotere groep vrienden meer structureel bij elkaar, buitenshuis en meestal op een privéterrein; consumpties worden afgerekend in een "pot", met bonnen of muntjes) en de semi-commerciële keet (grote groepen jongeren; alcohol wordt verkocht tegen een winstgevend tarief).

- Eind 2009 is in alle 438 gemeenten in Nederland geïnventariseerd of er hokken of keten aanwezig zijn (Intraval, 2010). Van 273 van de 434 gemeenten (63%) waarvoor gegevens beschikbaar waren, waren volgens de verantwoordelijk gemeenteambtenaar in de gemeente geen hokken of keten. In 138 gemeenten (32%) waren wel keten bekend en in 23 gemeenten (5%) was onbekend of er hokken of keten bestonden.
- Relatief vaak werden hokken en keten gezien in Friesland, Drenthe, Overijssel en Gelderland. In 87 gemeenten waren naar schatting tussen een en tien hokken en keten, bij 18 gemeenten waren er tussen de 11 en 30 en in zeven gemeenten was bekend dat er 31 of meer hokken of keten bestonden. De meeste keten liggen in het buitengebied.

Het keetbezoek en het alcoholgebruik in keten is in verschillende studies onderzocht. In deze studies zijn tegenstrijdige resultaten gevonden, die mogelijk samenhangen met verschillen in definities van een keet en de methoden van onderzoek. Daardoor is op dit moment geen goede schatting mogelijk van de mate waarin drankgebruik in keten voorkomt.

Volgens de landelijke monitor alcoholverstrekking jongeren uit 2009 bezoekt tien procent van de ruim 3 000 ondervraagde jongeren (13-17 jaar) wel eens een keet (Bieleman et al., 2010). Dat is een lichte daling ten opzichte van 2005, toen elf procent van de jongeren wel eens naar een keet ging.

- Van de 13-jarigen gaat vijf procent wel eens naar een keet (was 8% in 2005), van de 14-15-jarigen twaalf procent (was 15% in 2005) en van de 16-17-jarigen dertien procent (een lichte stijging, was 12% in 2005) (Bieleman et al., 2010).
- Het percentage jongeren dat wel eens alcohol drinkt in een keet is echter toegenomen, van 60 procent in 2006 tot 75 procent in 2009. De toename is het grootst onder 13-jarigen. Onder hen is het percentage drinkers van alcohol in de keet toegenomen van 26 procent in 2005 tot 41 procent in 2009. Van de 14-15-jarigen en de 16-17-jarigen die een keet bezoeken drinkt respectievelijk 63 procent (was 65%) en 89 procent (was 82% in 2005) alcohol in de keet.
- Gemiddeld wordt er vijf en een half glas alcohol gedronken (was 4,8 in 2005). De

13-jarigen drinken gemiddeld bijna drie glazen en de 16-17 jarigen gemiddeld bijna zeven glazen per gelegenheid.

Probleemjongeren
Alcoholgebruik komt ook veel voor onder bepaalde groepen probleemjongeren.

Op landelijk niveau is in 2008 het drinken onder 301 jongens (12-16 jaar) in de residentiële jeugdzorg onderzocht (Kepper et al., 2009a; Kepper et al., 2011).

- Het percentage dat ooit gedronken had lag onder de 12- tot 13-jarigen, de 14- tot 15-jarigen en de 16-jarigen op respectievelijk 73, 95 en 96 procent.
- Het percentage actuele drinkers lag in deze leeftijdsgroepen op respectievelijk 31, 67 en 72 procent.
- Van de actuele drinkers van 14 en 15 jaar was 49 procent in de afgelopen maand dronken geweest en 53 procent van de actuele drinkers van 16 jaar. Van deze groepen had in de afgelopen maand respectievelijk 81 en 82 procent per keer vijf of meer glazen gedronken (binge drinken) (Kepper et al., 2009a).
- Zwaar alcoholgebruik (meer dan 10 alcoholische dranken per week) was in deze populatie ook veel hoger dan onder leeftijdsgenoten in het reguliere of speciale onderwijs. Van de 12-13 jarigen in de residentiële jeugdzorg was 12,5 procent al een zware drinker, en dat liep op tot 33,3 procent van de 14-15 jarigen en 40,4 procent van de 16-jarigen (Kepper et al., 2011).
- Met name adolescenten in de residentiële jeugdzorg uit etnische minderheidsgroeperingen hadden een patroon van zwaar wekelijks alcoholgebruik (Kepper et al., 2011).

In Antenne 2012 is het alcoholgebruik van jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg (niet alleen residentieel) onderzocht (Benschop et al., 2013).

- Onder 16-17 jarige jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg heeft 43 procent de afgelopen maand alcohol gedronken. Dat is minder dan onder 16-17 jarige scholieren in Amsterdam (69%). Dit wordt mogelijk verklaard door het grote aantal niet-westerse jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg.
- Bij de 14-15 jarigen scoort het alcoholgebruik in de jeugdzorg wel hoger: 63 procent van de jongeren in de jeugdzorg heeft ooit alcohol gedronken, vergeleken met 42 procent van de scholieren. Bij de actuele gebruikers is het verschil kleiner (respectievelijk 26 en 18 procent) en niet significant.

In 2009 is het middelengebruik bij 155 jongens in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) in Nederland in kaart gebracht (Kepper et al., 2009b).

- Het gebruik in de maand voorafgaand aan de plaatsing was 70 procent. Voor de plaatsing dronken 13-14 jarige jongens in een JJI gemiddeld 10 glazen alcohol op de vier doordeweekse dagen samen en gemiddeld 17 glazen gedurende de weekenddagen. Scholieren (jongens) van dezelfde leeftijd consumeerden gemiddeld één glas

door de week en vijf glazen in het weekend.

- Van de actuele drinkers in de JJI was 70 (van de 13 en 14 jarigen) tot meer dan 80 procent (van de 15-18 jarigen) afgelopen maand wel eens dronken geweest. Dat was in alle leeftijdscategorieën hoger dan onder jongeren uit het regulier onderwijs, maar alleen in de groep 15-16 jarigen waren de verschillen statistisch significant.
- Tijdens het verblijf in de JJI werd minder vaak alcohol gebruikt. Bijna eenderde van de jongeren had ten tijde van het verblijf in de JJI nog alcohol gebruikt en het merendeel (26% van de onderzoekspopulatie) dronk de alcohol binnen de muren van de JJI. Dat is aanzienlijk lager dan het gebruik van cannabis in de JJI (zie hoofdstuk 3). Van de 155 respondenten meldde dan ook “slechts” 45 procent dat zij het makkelijk vonden om in de JJI aan alcohol te komen (voor cannabis was dat 87%).

9.4 Probleemgebruikers

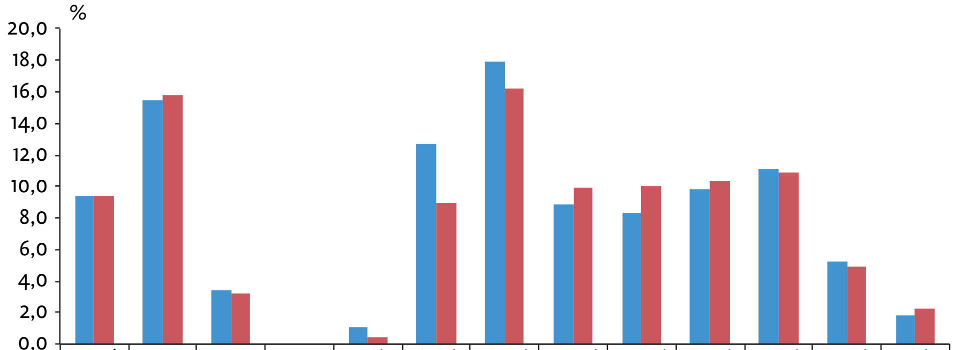
De omvang van de alcoholproblematiek hangt af van de gehanteerde definitie. In onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen zwaar drinken, probleemdrinken en afhankelijkheid of misbruik van alcohol.

Zwaar drinken

Volgens het CBS is er sprake van “zwaar drinken” zodra op één of meer dagen per week minstens zes glazen alcohol worden gedronken (CBS, 2012).

- Volgens deze definitie was in 2011 negen procent (9,4%) van de bevolking van twaalf jaar en ouder een zware drinker. Dat komt neer op ongeveer 1,4 miljoen zware drinkers. Dat is even veel als in 2010 (9,4%) maar tussen 2001 en 2010 tekende zich wel een lichte daling af. In 2001 was nog veertien procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder een zware drinker.
- De licht dalende trend deed zich voor in alle leeftijdgroepen tot 65 jaar en onder zowel mannen als vrouwen.
- In 2011 was zestien procent van de mannen (15,8%) en drie procent van de vrouwen (3,2%) een zware drinker. Daarmee was onder de mannen het percentage zware drinkers bijna vijf keer zo hoog als onder de vrouwen (CBS, 2012).
- Jongeren tussen de 20 en 30 jaar scoren het hoogst op deze maat. In 2010 lag het percentage zware drinkers onder deze leeftijdsgroep op 18 procent (17,9%) en in 2011 op zestien procent (16,2%) (figuur 9.3).

Figuur 9.3 Zware drinkers van alcohol naar geslacht en leeftijd onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaar 2010 en 2011



	Totaal	Mannen	Vrouwen		12-16 jr	16-20 jr	20-30 jr	30-40 jr	40-50 jr	50-55 jr	55-65 jr	65-75 jr	75+ jr
2010	9,4	15,5	3,4		1,1	12,7	17,9	8,9	8,3	9,8	11,1	5,2	1,8
2011	9,4	15,8	3,2		0,4	9	16,2	9,9	10	10,4	10,9	4,9	2,3

Percentage mensen dat op één of meer dagen per week zes of meer glazen alcohol drinkt. Bron: POLS, StatLine, CBS.

Startleeftijd en problematisch alcoholgebruik

Onderzoek naar de relatie tussen vroeg beginnen met alcoholgebruik en het drinken van grotere hoeveelheden alcohol op latere leeftijd laat tegenstrijdige resultaten zien.

- Onderzoekers aan de universiteit van Heidelberg (Blomeyer et al., 2013) toonden aan dat mensen die beginnen met drinken tijdens hun puberteit op latere leeftijd grotere hoeveelheden alcohol drinken dan mensen die pas na de puberteit alcohol gaan drinken. Bij jongvolwassenen werd nagegaan in welke fase van de puberteit ze hun eerste alcoholische drank consumeerden en dit werd gerelateerd aan het drinkgedrag op hun 19de, 22ste en 23ste. Deze bevindingen bij mensen werden ondersteund door bevindingen bij dierexperimenteel onderzoek.
- Nederlands onderzoek onder tweelingen (Geels, 2013) vond echter geen verband tussen de startleeftijd en de mate van alcoholgebruik op latere leeftijd. In deze studie werd onderzocht of het verband tussen vroeg beginnen en de hoeveelheid alcohol die op latere leeftijd wordt gedronken causaal is of het gevolg van een onderliggende aanleg. Binnen eeneiige tweelingparen verschilde de mate van alcoholgebruik van vroege drinkers niet significant van hun broer/zus die later was begonnen met drinken. Dit suggereert dat vroege alcoholconsumptie geen causaal effect heeft op alcoholconsumptie op volwassen leeftijd.

Alcoholmisbruik en –afhankelijkheid

- Volgens gegevens van het NEMESIS-2-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,3 en 1,2 procent van de bevolking van 18 tot en

met 64 jaar aan de diagnose alcoholafhankelijkheid (DSM 4e gewijzigde editie). Naar schatting 2,9 tot 4,5 procent van de respondenten voldeed aan de diagnose alcoholmisbruik.

- Alcoholstoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (tabel 9.5).
- Omgerekend naar de bevolking van 18-64 jaar ging het om naar schatting 82 400 mensen met alcoholafhankelijkheid. Het aantal mensen met alcoholmisbruik is bijna vijf keer hoger (395 600).
- In dit bevolkingsonderzoek ontbraken jongeren onder 18 jaar, ouderen boven de 65 jaar, mensen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn en mensen die dakloos zijn of langere tijd in een instelling verblijven. In hoeverre dit de gegevens heeft beïnvloed is niet bekend.
- Het aantal mensen met een alcoholstoornis, vooral alcoholafhankelijkheid, is in de peiling van 2007-2009 lager dan het aantal gevallen in het NEMESIS-onderzoek uit 1996 (jaarprevalentie afhankelijkheid: 0,7%). Dit komt waarschijnlijk door verschillen in de criteria voor het vaststellen van de diagnose afhankelijkheid. De 4e editie is 'strenger' dan de 3e editie van de DSM, waardoor mensen minder snel voldoen aan een diagnose afhankelijkheid. Daarnaast is het instrument waarmee de aandoeningen zijn gemeten veranderd en ook dit heeft voor een lagere schatting gezorgd van de prevalentie van alcoholafhankelijkheid in NEMESIS-2 vergeleken met de eerdere studie.
- Dat de 4e editie van de DSM tot lagere schattingen leidt dan de 3e editie, is ook in onderzoek in het buitenland aangetoond (De Graaf et al., 2010).

Tabel 9.5 Jaarprevalentie en aantallen mensen met een alcoholstoornis, naar geslacht. Tussen haakjes: 95% betrouwbaarheidsintervallen. Peiljaar 2007-2009

Stoornis	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)	Totaal (Aantal)
Alcoholmisbruik	5,6 (4,2 – 6,9)	1,8 (1,1 – 2,6)	3,7 (2,9 – 4,5)	395 600
Alcoholafhankelijkheid	1,0 (0,3 – 1,7)	0,5 (0,0 – 0,9)	0,7 (0,3 – 1,2)	82 400

Bron: Nemesis-2 2007-2009 (De Graaf et al., 2010).

Bovengenoemde eerste meting van het NEMESIS-2-onderzoek werd uitgevoerd van november 2007 tot en met juli 2009. Drie jaar later, van november 2010 tot en met juni 2012, werd een tweede meting uitgevoerd (De Graaf et al., 2012). Op deze manier kon worden onderzocht hoeveel mensen die nog nooit een alcoholprobleem hadden gehad, binnen de periode van een jaar alsnog een alcoholprobleem kregen (incidentie).

- Binnen de periode van een jaar kreeg 0,73 procent voor het eerst te maken met alcoholmisbruik en 0,15 procent met alcoholafhankelijkheid. Omgerekend naar aantallen gaat het jaarlijks om 66 000 nieuwe gevallen van alcoholmisbruik en 15 300 nieuwe gevallen van alcoholafhankelijkheid.

Alcoholstoornissen hangen samen met andere psychische stoornissen.

- Mensen met een angststoornis of een depressie krijgen in hun leven vaker te kampen met alcoholafhankelijkheid dan mensen zonder deze stoornissen (Boschloo et al., 2011).
- Ook is de aanwezigheid van ADHD geassocieerd met het vaker optreden van alcoholstoornissen. Vermoedelijk komt dit doordat ADHD vaak voorafgaat aan een gedragsstoornis, die vervolgens het risico op een alcoholstoornis vergroot (Tuithof et al., 2012).

9.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

In opdracht van de Europese Commissie heeft de Eurobarometer in 2006 en 2009 (de houding tegenover) alcoholgebruik onderzocht in de lidstaten van de Europese Unie (EC, 2010).

- In de algemene bevolking van vijftien jaar en ouder in de landen van de EU-27 gebruikte in 2009 ongeveer driekwart (76%) van de inwoners in de afgelopen 12 maanden alcohol, vergelijkbaar met het percentage in 2006 (75%). Er zijn echter grote verschillen tussen landen. In Denemarken (93%), Zweden (90%) en Nederland (88%) is het percentage inwoners dat het afgelopen jaar dronk het hoogst van Europa, terwijl zuidelijke landen als Portugal (58%), Italië (60%) en Hongarije (64%) het laagst scoren. Alle landen samengenomen hebben meer mannen (84%) dan vrouwen (68%) het afgelopen jaar alcohol gedronken.
- Van de personen die zeggen het afgelopen jaar alcohol te hebben gedronken, heeft 88 procent dat ook de afgelopen maand gedaan. Dat wijst erop dat het aantal EU-inwoners dat slechts sporadisch drinkt gering is. Opvallend is echter dat juist veel Italianen (94% van de personen die in het afgelopen jaar dronken), Bulgaren, Grieken, Fransen en Portugezen (allen 91%) de afgelopen maand hebben gedronken. Van de Portugezen die drinken doet 43 procent dat dagelijks, van de alcohol drinkende Italianen drinkt een kwart dagelijks. Dit suggereert dat er in deze landen enerzijds wel veel personen zijn die geen alcohol drinken, maar anderzijds zijn de inwoners die wel alcohol drinken juist vrij regelmatige drinkers. Daarentegen is het aantal dagelijkse drinkers onder de drinkende Zweden, de drinkende Polen en drinkende inwoners van Litouwen het laagst (in al deze landen drinkt slechts een procent dagelijks).
- De meeste EU inwoners drinken naar eigen zeggen gematigd (in de afgelopen maand dronk 69% twee glazen of minder op een dag dat zij dronken). Tien procent drinkt per keer vijf of meer glazen. Nederland neemt een middenpositie in met 13 procent van de drinkers in de afgelopen maand die per gelegenheid dat ze drinken vijf of meer glazen alcohol nemen.
- Binge drinken (vijf glazen of meer, minimaal eens per week) komt vaker voor onder mannen dan vrouwen (36% tegen 19%). Het percentage binge drinkers is het

hoogst (33%) onder jongeren van 15-24 jaar. Binge drinken komt in Europa ook vaker voor onder werklozen (38%), handarbeiders (34%) en kleine zelfstandigen (32%).

Jongeren

Het ESPAD-onderzoek, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, werd in 2003, 2007 en 2011 uitgevoerd onder vijftien- en zestienjarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2004, 2009, 2012). Tabel 9.6 toont het alcoholgebruik in een aantal landen van de EU en Noorwegen. De Verenigde Staten deden niet mee aan ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. In het ESPAD-onderzoek is gevraagd naar het gebruik van alcohol en de frequentie van dronkenschap.

- In 2011 stond Nederland met 33 procent in de hoogste regionen wat betreft de maat "veertig keer of meer alcohol gedronken in het hele leven". Het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen ligt op 24 procent.
- Op de maat "minstens tien keer alcohol drinken in de maand voorafgaand aan de peiling" stond Nederland bovenaan in 2011. Met 20 procent scoorden Nederlandse scholieren ver boven het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen (9%).
- Op de maat "dronkenschap" scoorden Nederlandse scholieren beduidend minder hoog. Slechts drie procent gaf aan in het hele levens minstens twintig keer dronken te zijn geweest.
- Tussen 2003 en 2011 daalde in Nederland het percentage scholieren dat 40 keer of meer in het leven had gedronken. Een dergelijke daling deed zich in deze periode ook voor in Denemarken, Finland, Ierland, Noorwegen en Zweden.

Tabel 9.6 **Consumptie van alcohol en dronkenschap bij leerlingen van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten.[I] Peiljaren 2003, 2007 en 2011**

Land	Consumptie: 40 keer of meer in het leven			Consumptie: 10 keer of meer in de laatste maand			Dronken: 20 keer of meer in het leven[VI]
	2003	*2007*	*2011*	*2003*	*2007*	*2011*	*2011*
Denemarken[II]	50%	49%	37%	13%	12%	12%	11%
Duitsland[III]	37%	41%	35%	11%	18%	15%	4%
Nederland	45%	40%	33%	25%	24%	20%	3%
België[IV]	36%	34%	33%	20%	17%	16%	1%
Frankrijk	22%	30%	32%	7%	13%	14%	5%
Griekenland	35%	28%	29%	13%	11%	12%	1%
Italië	24%	23%	20%	12%	13%	12%	2%
Ierland	39%	23%	16%	16%	10%	6%	6%
Portugal	14%	21%	14%	7%	13%	7%	2%
Finland	20%	16%	13%	2%	1%	2%	6%
Zweden	17%	14%	9%	1%	1%	1%	3%
Verenigde Staten	12%	11%	8%	4%	5%	3%	5%
Noorwegen	15%	11%	6%	3%	1%	1%	1%
Oostenrijk	48%	52%	-	21%	30%	-	-
Verenigd Koninkrijk[V]	43%	39%	-	17%	14%	-	-

Percentage van de leerlingen. - = niet gemeten. I. De Verenigde Staten participeerden niet in de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. De gegevens voor Denemarken zijn minder vergelijkbaar. III. Duitsland in 2007 alleen voor zeven deelstaten en in 2011 alleen voor vijf deelstaten. IV. België in 2007 en 2011 alleen voor Vlaanderen. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). VI. Vanwege een wijziging in vraagstelling zijn er geen vergelijkbare cijfers voor 2003 en 2007 voor dronkenschap. Bron: ESPAD.

De ESPAD studie laat verder zien dat Nederlandse 15/16 jarigen het redelijk tot zeer makkelijk vinden om aan alcohol te komen (84%). Dit ligt net iets boven het Europees gemiddelde (80%). Ook het percentage 15/16 jarigen dat de afgelopen maand in een uitgaansgelegenheid alcohol heeft gedronken ligt in Nederland (52%) iets hoger dan het Europees gemiddelde (45%) (Hibell et al., 2012).

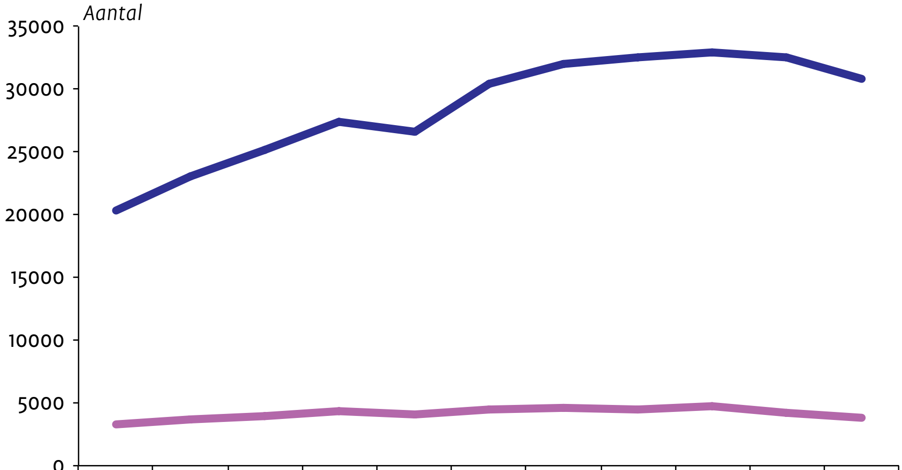
9.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn verschillende gespecialiseerde instellingen actief binnen de verslavingszorg. Deze instellingen sturen anonieme gegevens over de hulpverlening naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink et al., 2012, 2013). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- In Nederland stonden in 2012 in totaal 30 758 personen geregistreerd bij de verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik.
- Het absolute aantal cliënten in de verslavingszorg met een primair alcoholprobleem is 1,5 maal zo groot geworden tussen 2002 en 2012 (figuur 9.4). Tussen 2011 en 2012 daalde dit aantal echter met 7 procent.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire alcoholcliënten van 155 in 2002 naar 222 in 2012.
- Het aandeel van alcohol in alle verzoeken om hulp bij de verslavingszorg steeg van 41 procent in 2002 naar 47 procent in 2012.
- In 2012 was ongeveer een van de vijf primaire alcoholcliënten (22%) een nieuwkomer. Zij werden ingeschreven in 2012 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Voor 7 van de 10 primaire alcoholcliënten was alcohol het enige probleemmiddel (70%). De overige 3 van de 10 primaire alcoholcliënten rapporteerden wel een bijmiddel (30%). In deze groep ging het voornamelijk om cannabis (31%), cocaïne/crack (25%), of medicijnen (10%).
- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat alcohol als secundair probleem noemt, schommelt tussen 2002 en 2012 rond een gemiddelde van 4 155 cliënten (figuur 9.4). Voor de secundaire alcoholcliënten zijn de meest voorkomende primaire problemen cocaïne of crack (34%), cannabis (33%), heroïne (16%), gokken (4%) en amfetamine (4%).

Figuur 9.4 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[I]) met primaire of secundaire alcoholproblematiek, vanaf 2002



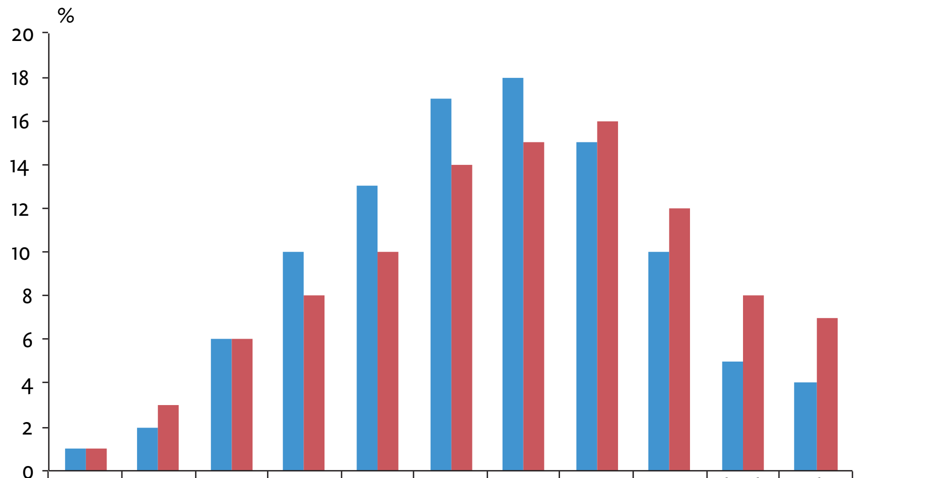
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Primair	20331	23110	25194	27428	26599	30422	32036	32545	32934	32560	30758
Secundair	3269	3746	3977	4291	4126	4417	4589	4444	4734	4249	3864

Aantal cliënten. I. De cijfers in dit figuur zijn lager dan in eerdere NDM Jaarberichten, doordat in dit Jaarbericht de gegevens van de verslavingsreclassering niet zijn meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

Leeftijd en geslacht

- In 2012 was het merendeel van de primaire alcoholcliënten man (72%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode 2002-2012 tussen 27 en 29 procent.
- De gemiddelde leeftijd in 2012 was 46 jaar. In 2002 was dat 45 jaar. De piek ligt in de leeftijdsgroep 50-54 jaar (figuur 9.5). De stijging in het aantal primaire alcohol-cliënten tussen 2002 en 2012 was relatief het grootst onder de ouderen. In 2012 was ruim een kwart van de primaire alcoholcliënten een 55-plusser (26%). In 2002 was dit nog 17 procent.

Figuur 9.5 Leeftijdsverdeling van de primaire alcoholcliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[I]). Peiljaren 2002 en 2012



	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64	Leeftijd
2002	1	2	6	10	13	17	18	15	10	5	4	
2012	1	3	6	8	10	14	15	16	12	8	7	

Percentage cliënten per leeftijdsgroep. I. De cijfers in dit figuur voor 2002 wijken af van eerdere NDM Jaarberichten, doordat in dit Jaarbericht de gegevens van de verslavingsreclassering niet zijn meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

Algemene ziekenhuizen en incidenten

Er zijn verschillende bronnen beschikbaar voor informatie over gezondheidsverstoringen en behandelingen in ziekenhuizen in verband met alcohol- en drugsgebruik. Vanwege overlap tussen de verschillende registraties kunnen de aantallen opnames en/of incidenten echter niet worden opgeteld.

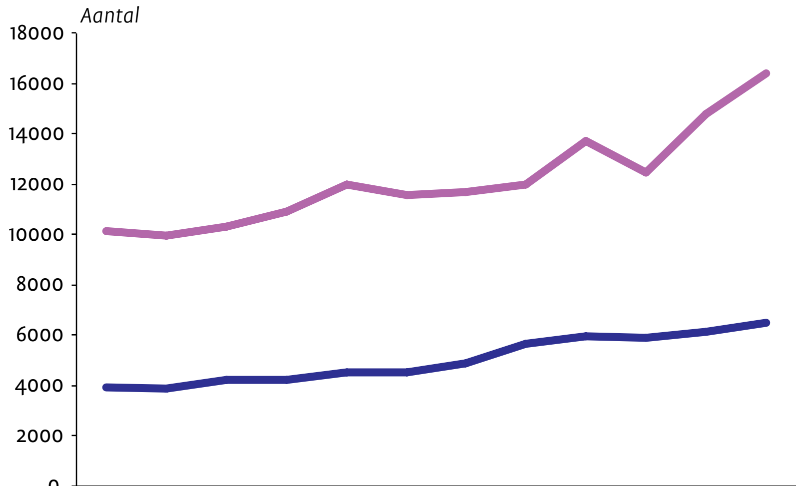
De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreerde in 2011 twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen (DHD, 2013).

- In 2011 vonden er 6 473 opnames plaats met een alcoholaandoening als hoofddiagnose. De meest voorkomende diagnoses betroffen:
  - alcoholmisbruik (40%);
  - alcoholische leverziekte (24%);
  - alcoholafhankelijkheid (15%);
  - intoxicatie en toxische gevolgen van alcohol (13%);
  - alcoholpsychosen (7%).
- Alcoholproblematiek wordt veel vaker als nevendiagnose gesteld. In 2011 stonden er 16 389 alcoholgerelateerde nevendiagnoses geregistreerd. Hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses waren:
  - ongevallen, anders dan vergiftigingen (31%);
  - spijsverteringsstoornissen (15%);

- vergiftiging (10%);
- ziekten van hart- en vaatstelsel (8%);
- ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (7%);
- psychosen (3%).

- Het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofddiagnose een aan alcohol gerelateerde aandoening werd 1,7 maal zo groot tussen 2000 en 2011 (figuur 9.6). Tussen 2010 en 2011 steeg het aantal hoofddiagnoses nog met 5 procent.
- Tussen 2000 en 2011 werd het aantal nevendiagnoses 1,6 maal zo groot (figuur 9.6). Tussen 2010 en 2011 vond er nog een stijging plaats met 11 procent.

Figuur 9.6 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen met een aan alcohol gerelateerde problematiek, vanaf 2000



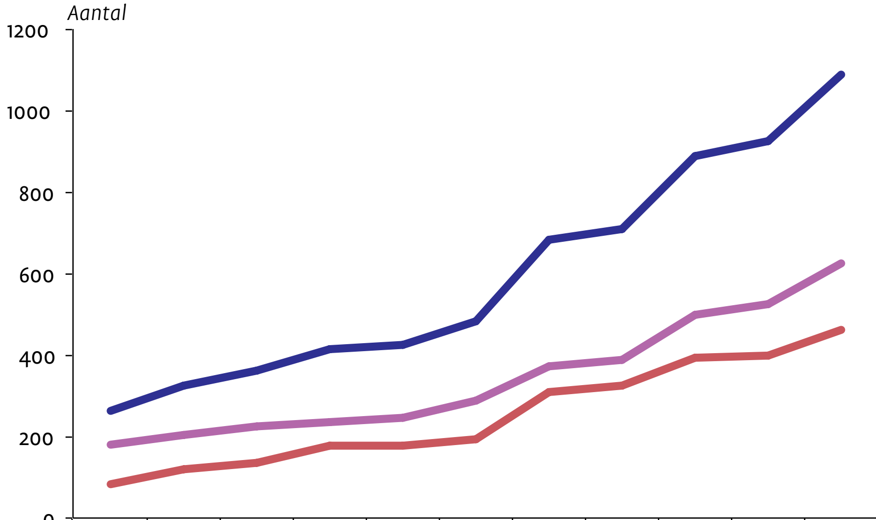
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Alcohol als hoofddiagnose	3923	3880	4254	4239	4501	4553	4855	5634	5983	5908	6145	6473
Alcohol als nevendiagnose	10116	9949	10291	10899	11991	11546	11689	11975	13717	12459	14785	16389

Aantal opnames, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0, E980.9* (*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie Bijlage C. Bron: LMR, DHD.*

- Er is hier waarschijnlijk sprake van een onderschatting, omdat men in ziekenhuizen lang niet altijd de rol van alcohol als oorzaak van ziekte herkent en registreert.
- In 2011 werden er naast de klinische opnames ook nog eens 668 dagopnames geregistreerd vanwege een hoofddiagnose voor alcohol. In 2010 waren er 585 dagopnames.
- In 2011 vonden er 1 087 opnames plaats onder jongeren van 16 jaar of jonger vanwege een aan alcohol gerelateerde problematiek (figuur 9.7). Van deze opnames vonden er 625 opnames plaats onder de jongens (57%) en 462 opnames onder de meisjes (43%).

- Tussen 2001 en 2011 werd het aantal geregistreerde opnames vier maal zo groot. Tussen 2010 en 2011 vond er nog een stijging plaats van 18 procent (figuur 9.7). De stijging in het aantal geregistreerde opnames is behalve een reële stijging ook het gevolg van meer ziekenhuizen en kinderartsen die zich gingen richten op deze problematiek en een grotere oplettendheid van de betreffende kinderartsen.
- De stijging is groter onder de meisjes dan onder de jongens. Onder de meisjes werd het aantal opnames tussen 2001 en 2011 zes maal zo groot, onder de jongens drie maal zo groot (figuur 9.7).

Figuur 9.7 Klinische opnames en dagopnames (hoofd- of nevendiagnose) van jongeren van 16 jaar of jonger met een aan alcohol gerelateerde problematiek, vanaf 2001



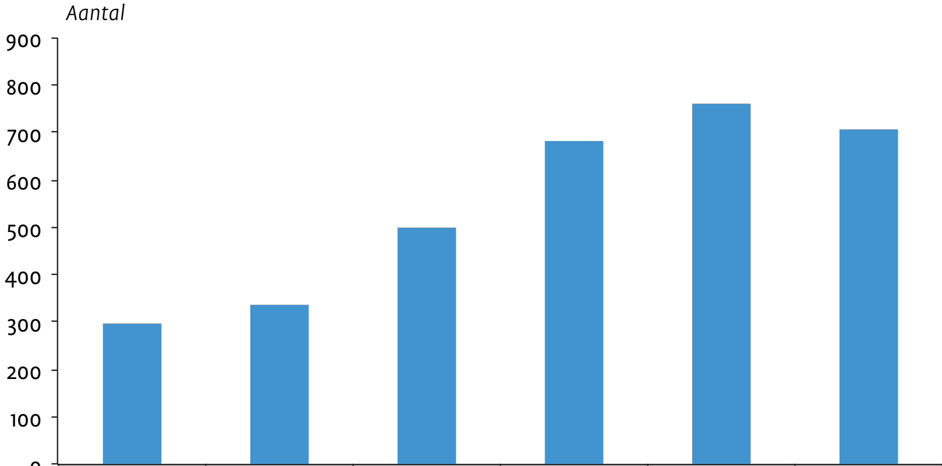
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Totaal	263	325	361	414	424	482	683	711	887	924	1087
Jongens	180	204	227	238	244	287	372	387	496	524	625
Meisjes	83	121	134	176	180	195	311	324	391	400	462

Aantal opnames, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. Het betreft zowel klinische opnames als dagopnames. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0, E980.9* (*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. Bron: LMR, DHD.*

Het Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde (NSCK) inventariseert sinds 2007 op kinderafdelingen van Nederlandse ziekenhuizen de omvang en kenmerken van minderjarige jongeren van tien tot en met zeventien jaar met een alcoholintoxicatie (Boeynaems et al., 2013). De gegevens zijn afkomstig van 83 procent van de kinderartsen in academische ziekenhuizen en 92 procent van alle kinderartsen in de overige ziekenhuizen. Er is overlap met de hierboven beschreven Landelijke Medische Registratie (LMR).

- Volgens dit onderzoek is er tussen 2011 en 2012 voor het eerst een lichte daling (met 7%) in het aantal jongeren dat met een alcoholintoxicatie door een kinderarts in een ziekenhuis wordt behandeld (figuur 9.8).
- Na een continue stijging tussen 2007 en 2011 in het aantal gemelde gevallen van alcoholintoxicatie van 297 tot 762, daalde het aantal tussen 2011 en 2012 tot 706. Dit aantal is een onderschatting van het werkelijk aantal jongeren met een alcoholintoxicatie, omdat niet alle jongeren in het ziekenhuis belanden en in het ziekenhuis niet alle jongeren door een kinderarts worden gezien.
- Opvallend is dat het niet zozeer ‘probleemjongeren’ zijn die een alcoholintoxicatie oplopen, maar dat het een gemiddelde afspiegeling van de Nederlandse jongeren betreft. Er zijn ongeveer evenveel jongens als meisjes. De gemiddelde leeftijd was 15,5 jaar.
- Het alcoholpromillage bij deze jongeren was gemiddeld 1,9 promille. Bij jongeren van 10 jaar kan dat promillage worden bereikt na het in korte tijd drinken van 4-6 standaardglazen alcohol of meer en bij jongeren van 15 jaar en ouder na het in korte tijd drinken van 10 glazen of meer. Het bloedalcoholgehalte hangt af van de hoeveelheid alcohol, de snelheid van drinken en het lichaamsgewicht.
- De meeste jongeren kwamen in het ziekenhuis met een verminderd bewustzijn (‘alcoholcoma’) en hielden dat gemiddeld bijna 3 uur.
- Hogere bloedalcoholgehaltes werden gevonden bij oudere adolescenten, jongens en jongeren met een hoger opleidingsniveau (Van Zanten et al., 2013).

Figuur 9.8 Aantal jongeren van 11-17 jaar dat door een kinderarts in een ziekenhuis is behandeld wegens een alcoholintoxicatie, 2007-2012



2007	2008	2009	2010	2011	2012
297	337	500	684	762	706

Bron: NSCK, RdGG, STAP, TNO, UT (Boeynaems et al., 2013).

De GGD Amsterdam hield op de Centrale Post Ambulancevervoer het aantal aanvragen bij voor spoedeisende hulp gerelateerd aan alcoholgebruik. Het gaat hierbij zowel om alcoholvergiftiging als ongevallen onder invloed van alcohol. Het aantal is slechts een indicatie, met name tijdens grootschalige festiviteiten en de uitgaansavonden is er sprake van een onderregistratie.

- In 2011 registreerden de ambulancediensten in Amsterdam 2 732 alcoholgerelateerde meldingen, dat is een stijging van zes procent ten opzichte van het voorgaande jaar. Bij deze stijging spelen mogelijk ook andere factoren een rol, zoals toegenomen alertheid bij ambulancemedewerkers bij het uitvragen van middelengebruik.
- Na een lichte daling in tussen 2001 en 2003 (1 957 in 2001; 1 887 in 2002; 1 733 in 2003) is het aantal alcoholgerelateerde ritten geleidelijk gestegen. De stijging is met name te verklaren door een hoger aantal ongevallen onder jongeren.
- Ongeveer zes van de tien patiënten (59%) werd naar de Eerste Hulppost van een ziekenhuis vervoerd. Bij de andere vier van de tien gevallen verleende het ambulancepersoneel ter plaatse eerste hulp.

Rijden onder invloed

Het risico op verkeersongevallen neemt toe vanaf een alcoholconcentratie in het bloed van 0,4‰ (WHO, 2011). In Nederland ligt de grens bij een promillage van 0,5, zoals in de meeste landen, behalve voor beginnende bestuurders (minder dan 5 jaar in bezit van een rijbewijs; 0,2‰). Het percentage automobilisten dat onder invloed van alcohol rijdt is de afgelopen jaren gedaald (Ministerie van Infrastructuur en Milieu, 2012).

- Voor het onderzoek Rijden onder Invloed worden in 25 politieregio's alcoholcontroles gehouden onder minimaal 20 000 automobilisten in de weekendnachten (tussen 22.00 en 04.00 uur). Het onderzoek is jaarlijks uitgevoerd in de periode 1999-2008 en in 2010 en 2011.
- Bij alcoholcontroles gedurende weekendnachten in 2011 bleek 2,4 procent van de gecontroleerde automobilisten meer dan 0,5 promille alcohol in het bloed te hebben. Dat is gelijk aan 2010. In 2008 was dit nog 2,9 procent en in 2007 en 2006 3,0 procent. Vergeleken met 2001 (4,1% met een te hoog promillage) is er een duidelijke daling.
- Het aantal automobilisten dat zonder of met heel weinig alcohol op rijdt, is stabiel gebleven. In 2008 had 93,2 procent van de bestuurders hooguit een alcoholpromillage van 0,2; in 2010 was dit 94,1 procent en in 2011 93,6 procent.
- Het aandeel zware overtreders (promillage 1,3 of meer) was in 2011 0,3 procent, iets minder dan in 2010 (0,4% van de automobilisten), 2008 (0,5%) en 2007 (0,4%).
- In 2011 reden meer mannen dan vrouwen onder invloed (2,8% versus 1,6%).
- Het hoogste percentage overtreders is bij mannen en bij vrouwen te vinden in de leeftijdsgroepen 35-49 jaar (3,4% van de mannen is overtreder; 2,1% van de vrouwen).
- In 2011 zijn er voor het eerst niet meer overtredingen op vrijdagnacht dan op zaterdagnacht (beide 2.4%). In 2010 was op vrijdag nog 2,9 procent in overtreding en 1,9 procent op zaterdag.Op beide dagen is in de late nacht (tussen 2.00 en 4.00

uur) het grootste aantal overtredingen. Op vrijdagnacht neemt dit percentage in 2011 fors af (van 6,2 naar 4,7 procent) en op zaterdag is een toename zichtbaar (van 3,3 naar 4,1 procent).

- In de provincies Noord-Brabant (3,5%) en Noord Holland (3,0%) is het percentage overtreders het grootst. In de Noordelijke provincies is het percentage overtreders het laagst; in Drenthe ligt dit onder de 1 procent.
- In 2011 overtrad 4,2 procent van de groep beginnende bestuurders de 0,2 promillage limiet. Dit percentage is gelijk aan 2010, maar vertoont een lichte daling in vergelijking met 2008, Ruim anderhalf procent (1.6%) had zelfs een promillage van 0,5 of hoger. In 2010 was dit 2,2%.
- Ook laten de cijfers zien dat het percentage overtreders onder ervaren bestuurders (2,5%) lager is dan onder beginnende automobilisten (4,2%). Wanneer alleen gekeken wordt naar het percentage overtreders boven de 0,5 promillage limiet, dan is dit hoger onder ervaren bestuurders (2,5%) dan onder beginnende bestuurders (1,6%).

Door de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) is op basis van de cijfers uit Rijden onder Invloed een nieuw rekenmodel ontwikkeld om het aandeel van alcohol in de ernstige verkeersgewonden te schatten (Houwing et al., 2011). De vernieuwde methode vervangt de eerdere schattingen (1999-2008; in 2009 is geen onderzoek gedaan) van de Dienst Verkeer en Scheepvaart van het Ministerie van Verkeer en Waterstaat naar het aantal ziekenhuizopnames en verkeersdoden bij alcoholgebruik.

- Volgens deze schatting is tussen 1999 en 2010 het geschatte aandeel ernstig gewonde autobestuurders dat onder invloed van alcohol verkeerde gedaald van 31,2 naar 20,3 procent.
- Van de de ernstig gewonde bestuurders met een promillage boven de 0,5 heeft het grootste deel (zeer) fors gedronken (tabel 9.7).
- De tabel bevestigt dat alcoholgebruik geassocieerd is met (ernstige) verkeersongevallen.
- De SWOV heeft ook een schatting gedaan van het aandeel alcoholdoden onder alle *verkeersdoden* (dus niet alleen autobestuurders). Aangenomen dat alcoholgebruik onder overige actieve verkeersdeelnemers even groot is als van autobestuurders en dat het aandeel verkeersdoden als gevolg van alcohol even groot is als het aandeel ernstig gewonde bestuurders, wordt geschat dat ongeveer 20 procent van de verkeersdoden onder invloed verkeerde van alcohol. Daarbij is 17% gerelateerd aan enkelvoudig alcoholgebruik en 3% is veroorzaakt door combinatiegebruik van alcohol en drugs (Houwing et al., 2011). Volgens het CBS vielen er in 2010 in totaal 640 verkeersdoden (CBS, 2011 PB11-029).

Tabel 9.7 **Alcohol promillage bij bestuurders en ernstig gewonde bestuurders volgens rekenmodel SWOV, 2010**

	Bestuurders	Ernstig gewonde bestuurders
< 0,2 promille	94,1%	78,0%
0,2-0,49 promille	3,5%	1,7%
0,5-0,79 promille	1,3%	1,8%
0,8-1,29 promille	0,8%	4,4%
>1,3 promille	0,4%	14,1%
0,5 promille of meer	2,4%	20,3%

Bron: SWOV (Houwing et al., 2011).

9.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

Matig alcoholgebruik

Tot nu toe leek het erop dat matig alcoholgebruik niet schadelijk zou zijn. Licht alcoholgebruik kan zelfs enige bescherming bieden tegen hart- en vaatziekten en suikerziekte, maar uitsluitend als er geen episodes zijn van zwaar alcoholgebruik (Rehm et al., 2010). Alcoholconsumptie zou ook het risico op nierkanker verminderen (Lew et al., 2011).

- Tegen deze achtergrond adviseerde de Gezondheidsraad (2006) in de ‘Richtlijnen gezonde voeding’ niet meer dan twee standaard glazen alcohol per dag voor mannen en niet meer dan één standaardglas alcohol per dag voor vrouwen. Alleen jongeren beneden de achttien jaar en vrouwen die zwanger konden worden of borstvoeding gaven, werd ontraden alcohol te gebruiken.
- Recent onderzoek heeft echter aannemelijk gemaakt dat ook matig alcoholgebruik niet helemaal veilig is (Lauer en Sorlie, 2009). Matig alcoholgebruik kan de kans verhogen op diverse vormen van kanker. Waarschijnlijk weegt dit nadeel van een verhoogd risico op kanker niet meer op tegen het voordeel van een verlaagd risico op hart- en vaatziekten. Voor het drinken van alcohol kan nog geen algemeen geldende “veilige ondergrens” worden vastgesteld om een verhoogd risico op bepaalde vormen van kanker uit te sluiten (SAR, 2010).
- In een Nederlandse risicoschatting naar 17 illegale drugs, alcohol en tabak werd de schade door alcoholgebruik op populatie niveau gezet op de tweede plaats, onder crack cocaïne (Van Amsterdam et al., 2010). De schatting werd gedaan door een panel van 19 experts die acute en chronische lichamelijke schade (toxiciteit), afhankelijkheid en sociale schade meewogen in hun beoordeling.
- Dit resultaat strookt met een studie in het Verenigd Koninkrijk naar de schade door middelengebruik. Daarin werd beoordeeld dat voor de samenleving alcohol het meest schadelijke middel is (Nutt et al., 2010).

Overmatig alcoholgebruik

De schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn talrijk.

- Meer dan zestig medische aandoeningen zijn oorzakelijk gerelateerd aan alcoholgebruik. Daarnaast is alcohol betrokken bij het ontstaan van tweehonderd andere ziekten (WHO, 2011). Voor de meeste aandoeningen geldt dat het risico toeneemt naarmate men meer alcohol drinkt (Rehm et al., 2010).
- Alcoholgebruik staat op de achtste plaats op de wereldranglijst van risicofactoren om te overlijden en op de derde plaats op de wereldranglijst van risicofactoren voor ziekte en invaliditeit (na ondervoeding bij kinderen en onveilige seks).
- Wereldwijd is bijna vier procent van alle doden toe te schrijven aan alcoholgebruik (mannen 6,2%; vrouwen 1,1%). Voor mannen in de leeftijd van 15-60 jaar is alcoholgebruik de belangrijkste risicofactor om te overlijden. Bijna 30 procent van de aan alcohol toe te schrijven sterfte is het gevolg van onbedoelde verwondingen, 22 procent van kanker, 17 procent van levercirrose, 14 procent van hart- en vaatziekten en suikerziekte en 12 procent is het gevolg van opzettelijke verwondingen (WHO, 2011).
- Daarnaast is alcoholgebruik geassocieerd met ernstige sociale problematiek, waaronder geweld, kinderverwaarlozing en werkverzuim (WHO, 2011).
- Ook uit Nederlandse cijfers blijkt dat alcoholgebruik een belangrijke bijdrage levert aan ziekte (Hoeymans et al., 2010). Alcoholgebruik draagt voor 4,5 procent bij aan de totale ziektelast, en staat daarmee op de vierde plaats, na leefstijlfactoren als roken (met een bijdrage van 13% aan de ziektelast), overgewicht (9,7%) en verhoogde bloeddruk (7,8%). De bijdrage van ongevallen aan de ziektelast is overigens niet meegenomen in deze berekening.

Overmatig alcoholgebruik verhoogt het risico op verschillende vormen van *kanker* (Schütze et al., 2011; Chen et al., 2011; Parry et al., 2011).

- Bij sommige vormen van kanker is het risico al verhoogd bij het drinken van twee glazen alcohol per dag, maar hoe hoger de consumptie, des te groter de kans op kanker.
- In een grote Europese studie onder meer dan 350 000 personen werd gevonden dat onder mannen 10 procent van alle gevallen van kanker kan worden toegeschreven aan ooit of huidig alcoholgebruik, en onder vrouwen 3 procent van alle kankers (Schütze et al., 2011).
- Alcoholgebruik was vooral geassocieerd met kanker in het hoofdhalsgebied, leverkanker en dikkedarm kanker. Bij vrouwen is 5 procent van de gevallen van borstkanker geassocieerd met alcoholgebruik (Schütze et al., 2011).
- Het risico op kanker was voornamelijk verhoogd in personen die meer dronken dan de aanbevolen limiet (Schütze et al., 2011; Tramacere et al., 2012). Ook kleine hoeveelheden alcohol kunnen echter al een toename geven van het risico op sommige vormen van kanker (Chen et al., 2011; Fedirko et al., 2011).
- In het oorzakelijk mechanisme lijkt een afbraakproduct van alcohol, acetaldehyde, een rol te spelen (Parry et al., 2011).

Overmatig alcoholgebruik verhoogt eveneens het risico op *hart- en vaatziekten en beschadiging van hersenen en zenuwen* (Rehm et al., 2010; Costanzo, 2011).

- Hoewel ook recente overzichtsstudies bevestigen dat matige alcoholconsumptie (1-2 glazen per dag) kan beschermen tegen hart- en vaatziekten (Brien et al., 2011; Ronksley et al., 2011; Costanzo et al., 2011; Parry et al., 2011), gaat een hogere alcoholconsumptie gepaard met een stijging van het risico op hart- en vaatziekten (Costanzo et al., 2011). Deze J-vormige relatie is wel aangetoond voor wijn- en bierconsumtie, maar niet voor sterke drank (Costanzo et al., 2011). Het beschermend effect van matig alcoholgebruik verdwijnt echter als dit wordt afgewisseld met momenten van zwaar drinken (Parry et al., 2011). Ook bij voormalige drinkers blijft het risico op hartinfacten nog lange tijd verhoogd (Roerecke en Rehm, 2011).
- Hoewel een matige consumptie van alcohol de cognitieve functies (leren, geheugen, aandacht) kan beschermen, neemt bij het drinken van meer dan één (vrouwen) of twee (mannen) glazen alcohol het risico op dementie toe, evenals de kans op beroerten of herseninfarcten (Neafsey en Collins, 2011; Patra et al., 2010).
- Er is een relatie tussen alcoholgebruik enerzijds en psychiatrische aandoeningen zoals depressie anderzijds (Boden en Ferguson, 2011). Ook hier bestaat een duidelijke dosis-respons relatie.
- Het in korte tijd innemen van een grote hoeveelheid alcohol of een langdurige en excessieve alcoholconsumptie (meer dan acht eenheden per dag) kan zenuwbanen en zenuwtakken aantasten (polyneuropathie) en de hersenen schaden.

Alcoholgebruik is ook oorzakelijk geassocieerd met tal van andere ziekten (Rehm et al., 2010):

- Alcohol consumptie tast het immuunsysteem aan en speelt een oorzakelijke rol in het ontstaan van infectieziekten zoals tuberculose en lage luchtweginfecties (longontsteking). Ook bestaat er een hoger risisco op hiv-infecteis bij alcoholgebruik (Baliunas et al., 2009).
- Gebruik van alcohol draagt bij aan het ontstaan van levercirrose, ontsteking van de alvleesklier en van de lever (Rehm et al., 2010a).
- Er bestaat een dubbele relatie tussen alcoholgebruik en suikerziekte: lichte tot matige consumptie is beschermend, terwijl zwaar drinken de kans op suikerziekte vergroot (Baliunas et al., 2009).
- Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap verhoogt het risico's op miskramen, foetale sterfte en vroeggeboorte, heeft een negatieve invloed op de psychomotorische ontwikkeling van het kind na de geboorte, en geeft een verhoogd risico bij het kind op aangeboren afwijkingen en de specifieke gelaatskenmerken van het Foetaal Alcohol Syndroom (Rehm et al., 2010). De Gezondheidsraad heeft in 2005 geconcludeerd dat er geen veilige ondergrens voor alcoholgebruik is vast te stellen, niet voor de conceptie, noch tijdens de zwangerschap of gedurende borstvoeding (Gezondheidsraad, 2005).

Adolescenten zijn vatbaarder voor de schadelijke effecten van alcoholgebruik dan volwassenen. Hieraan liggen biologische, psychologische en sociale veranderingen in

de ontwikkeling ten grondslag. Zwaar en langdurig alcoholgebruik door adolescenten is in verband gebracht met schadelijke effecten op de hersenen (Verdurmen et al., 2006; Boelema et al., 2009; Guerri en Pascual, 2010). Het ontwikkelend brein is extra kwetsbaar voor de effecten van alcohol, waarbij van belang is dat de ontwikkeling van de hersenen doorgaat tot ongeveer het 24e levensjaar, en mogelijk zelfs tot het dertigste. Chronisch alcoholgebruik kan niet alleen de structuur van de hersenen veranderen, maar heeft ook functionele consequenties.

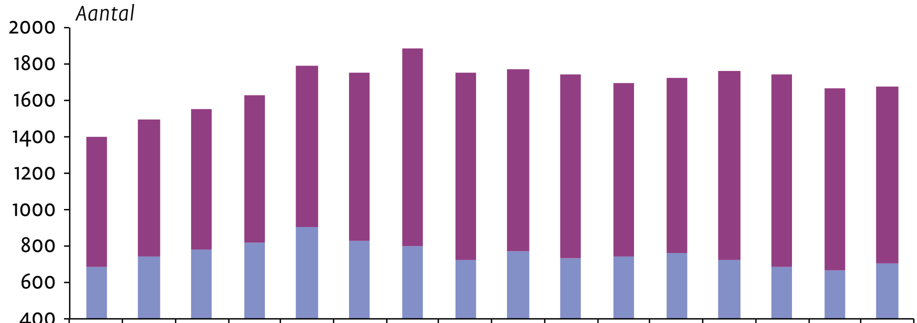
- Onderzoek laat vooral negatieve effecten zien op leren en geheugen. Adolescenten met alcoholproblemen scoren lager dan andere jongeren op onder andere taalvaardigheid, intelligentie, aandacht, onderscheidingsvermogen, ruimtelijk inzicht en andere cognitieve domeinen.
- Bij jongeren met een indicatie voor alcoholmisbruik of afhankelijkheid zijn afwijkingen gevonden in de structuur en het volume van hersendelen, vergeleken met jongeren zonder alcoholproblematiek.
- Op basis van het huidige onderzoek kan niet met zekerheid worden vastgesteld of alcoholgebruik de (enige) oorzaak is. Resultaten van dierexperimenteel onderzoek wijzen echter wel op een oorzakelijk verband.
- Ook is er waarschijnlijk een oorzakelijk verband tussen alcoholgebruik en agressief en gewelddadig gedrag onder jongeren. Jongeren die alcohol gebruiken zijn zowel vaker dader als slachtoffer van geweld.
- Meisjes zijn mogelijk gevoeliger voor de negatieve effecten op de hersenen dan jongens. Ook blijken vrouwen na binge drinken meer betrokken te zijn bij vechtpartijen dan mannen.
- Ook rapporteren jongens en meisjes van 12-15 jaar die binge drinken vaker een slechte geestelijke gezondheid, met onder andere meer gevoelens van angst en depressie (Theunissen et al., 2011).

Sterfte

De totale alcoholsterfte vertoonde een stijgende lijn van 1997 tot en met 2003 (figuur 9.9). In 2004 was een geringe daling waarneembaar en sindsdien schommelt dit aantal rond een gemiddelde van 1 690 alcoholdoden per jaar.

- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS stierven in 2012 in totaal 1 679 mensen door oorzaken waarbij alcohol expliciet werd genoemd, ongeveer evenveel mensen als in 2011 (1 664).
- In 2012 stond alcohol in 42 procent van alle alcoholgerelateerde sterfgevallen als primaire doodsoorzaak genoemd; in 58 procent van de gevallen was alcoholgebruik de secundaire doodsoorzaak.
- Afhankelijkheid van alcohol en andere psychische stoornissen door het gebruik van alcohol vormden in 2012 de belangrijkste doodsoorzaak (64%) binnen de alcoholgerelateerde sterfte, gevolgd door alcoholische leverziekten (32%).
- Alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 60 tot en met 64 jaar (figuur 9.10). De meeste overledenen waren man (75%).
- De bijdrage van alcoholgebruik aan de sterfte wordt niet altijd herkend. Bovenstaande cijfers weerspiegelen daarom niet de hele werkelijkheid.

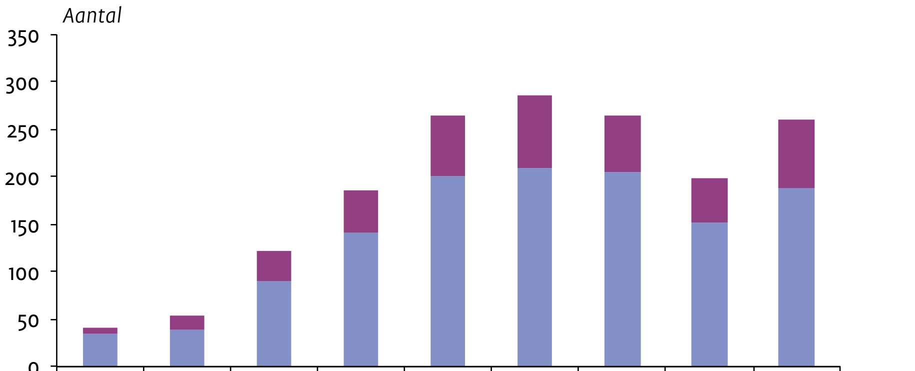
Figuur 9.9 Sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen, vanaf 1997



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Secundair	710	750	774	809	888	928	1090	1029	1003	1009	956	959	1037	1053	1000	978
Primair	686	744	783	820	906	826	796	722	771	733	740	765	724	686	664	701

Aantal sterftes: ICD-10 codes F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45, X65*, Y15*, T51.0-1 (* alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 is vermeld). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. Primaire doodsoorzaak: de ziekte of de gebeurtenis waarmee het proces van gebeurtenissen die tot de dood hebben geleid, in gang is gezet. Men spreekt hierbij wel van de onderliggende ziekte of het grondlijden. Secundaire doodsoorzaak: gevolgen of complicaties van de primaire doodsoorzaak, evenals andere ziekten die tijdens het overlijden aanwezig waren en soms tot de dood hebben bijgedragen. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.*

Figuur 9.10 Sterfte door alcohol (primair en secundair) onder mannen en vrouwen per leeftijdsgroep. Peiljaar 2012



	<40	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+
Vrouw	7	14	32	45	64	76	60	47	73
Man	35	39	90	141	201	210	205	152	188

Aantal sterfgevallen. ICD-10 codes: F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45, X65*, Y15*, T51.0-1 (* alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.*

9.8 Aanbod en markt

Onderzoek van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) toont aan dat schade door alcohol kan worden teruggedrongen door de prijs van alcoholische dranken te verhogen en de verkrijgbaarheid te verminderen (WHO, 2009). Van alle Europese jongeren vinden Nederlandse jongeren het echter het meest eenvoudig om aan alcohol te komen, zo werd hiervoor (§ 9.5) al geconstateerd.

- Alcohol is in Nederland wijd verkrijgbaar in levensmiddelenzaken, slijterijen en de horeca.
- Volgens de Drank- en Horecawet mogen aan jongeren beneden de zestien jaar geen zwak-alcoholhoudende dranken worden verkocht.
- Vergeleken met de rest van de wereld, hanteert Nederland hier een relatief lage leeftijdsgrens. Van de 147 landen die aan de WHO rapporteerden over hun beleid ten aanzien van de beschikbaarheid van alcohol hadden ongeveer tien landen de grens voor bier en wijn op 16 jaar liggen. De overige landen hanteerden leeftijdsgrenzen van 18 jaar (bijna 100 landen) of hoger (ongeveer 20 landen) (WHO, 2011).
- Voor sterke drank geldt in Nederland al een grens van achttien jaar, net als in het merendeel van de landen (WHO, 2011).
- In een recent door de Tweede Kamer aanvaard wetsontwerp wordt de leeftijdsgrens voor de verstrekking van alle alcoholhoudende drank verhoogd naar 18 jaar (TK 33341-3). Het wetsvoorstel is in behandeling bij de Eerste Kamer. Het kabinet wil de leeftijdsverhoging op 1 januari 2014 laten ingaan. De verkoper is verplicht de leeftijd van de aspirant-koper vast te stellen door het controleren van het identiteitsbewijs

Uit een landelijk onderzoek in 2011 naar de naleving van leeftijdgrenzen bij alcoholverstrekking blijkt dat alcohol in Nederland in ruime mate beschikbaar is voor jongeren onder de 16 jaar (Van Hoof en Krokké, 2011). Naleving van de Drank- en Horecawet door verkopers in supermarkten, slijterijen, horeca, cafetaria's, sportkantines en in het thuisbezorgkanaal is nog steeds verre van volledig.

- Voor dit onderzoek deden 58 jongeren van 14 en 15 jaar met een gemiddeld uiterlijk in totaal 1 338 aankooppogingen van alcoholhoudende dranken in verschillende typen verkooppunten door het hele land.
- Bij meer dan de helft van de gevallen (56%) is geen poging gedaan om de leeftijd van de klant vast te stellen.
  - in het thuisbezorgcircuit is geen enkele keer naar een identiteitsbewijs gevraagd
  - in sportcafés werd in slechts zes procent van de gevallen de leeftijd geverifieerd
  - uitgaansgelegenheden zoals cafés, discotheken en cafetaria's vroegen in 29 procent om een identiteitsbewijs
  - de supermarkten controleerden de leeftijd van de klant in 61 procent van de gevallen
  - de slijterijen controleerden bij zwakalcoholhoudende dranken in 56 procent de leeftijd en bij sterke drank in tweederde (66%) van de gevallen (Van Hoof en Krokké, 2011).

De "Monitor alcohol verstrekking jongeren" houdt via een "mysteryshop"-onderzoek sinds 1999 elke twee jaar bij in hoeverre de leeftijdsgrenzen uit de Drank- en Horecawet worden nageleefd (Bieleman et al., 2012a).

- Het laatste onderzoek vond plaats in 2011 en werd uitgevoerd in meer dan 25 gemeenten onder ongeveer 4 000 jongeren van 13 tot en met 17 jaar en 406 ondernemingen (horecaondernemingen, slijterijen, levensmiddelenzaken).
- De mate waarin drinkende jongeren erin slagen om zelf hun drank illegaal in te kopen, wordt bepaald door twee factoren. In de eerste plaats hangt dit af van de mate waarin de jongeren een kooppoging doen. Uit de monitor blijkt dat het percentage 13-15 jarige jongeren dat zelf wel eens zwak alcoholhoudende drank probeert te kopen sinds 2001 is afgenomen (tabel 9.8). Daarentegen is het percentage 16 en 17 jarigen dat in de horeca sterke drank probeert te kopen sinds 2001 aanzienlijk gestegen. Het aantal bestelpogingen bij slijterijen is iets afgenomen (tabel 9.8).
- In de tweede plaats hangt de mate waarin drinkende jongeren erin slagen om zelf hun drank illegaal in te kopen af van de reactie van de verkoper. Deze bepaalt de slaagkans om de illegale aankoop daadwerkelijk door te zetten zodra de jongeren een kooppoging hebben gestart. Uit de monitor blijkt dat de slaagkans onverminderd hoog is (tabel 9.8).
- Dankzij de afname in het aantal bestel- en kooppogingen door jongeren is er een dalende trend in het aantal jongeren dat in horeca, slijterij of levensmiddelenzaak onder de toegestane leeftijd daadwerkelijk zwak alcoholhoudende drank koopt.

Tabel 9.8 Percentage van de alcoholdrinkende jongeren met in de afgelopen maand bestel- of kooppoging van zwak-alcoholhoudende drank of sterke drank onder de toegestane leeftijdsgrens, en slaagkans. Peiljaren 2001, 2009 en 2011

	Bestel- of kooppoging			Slaagkans		
Verkooppunt	*2001*	*2009*	*2011*	*2001*	*2009*	*2011*
Zwak-alcoholhoudende drank						
Horeca	14%	5%	3%	94%	96%	95%
Slijterij	4%	1%	0%	91%	87%	89%
Levensmiddelenzaak	13%	3%	2%	91%	95%	96%
Sterke drank						
Horeca	13%	17%	23%	97%	98%	96%
Slijterij	8%	3%	5%	94%	93%	91%
Levensmiddelenzaak	-	-		-	-	

Percentage van de alcoholdrinkende jongeren. Cijfers over zwak-alcoholhoudende dranken betreffen jongeren van 13 tot en met 15 jaar; cijfers over sterke drank betreffen jongeren van 16 en 17 jaar. In levensmiddelenzaken wordt geen sterke drank verkocht. Bron: Intraval.

Ook uit lokaal en regionaal onderzoek blijkt dat de leeftijdsgrenzen uit de Drank- en Horecawet over het algemeen slecht worden nageleefd.

- Resultaten van onderzoek in Zuidoost Brabant (gehouden in 2006, 2007, 2008, 2009 en 2011) laten zien dat de naleving van de drank- en horecawet in supermarkten, uitgaansgelegenheden en sportkantines recentelijk iets is verbeterd. In 2011 werden 217 pogingen ondernomen om alcohol te kopen door jongeren van 15 jaar (zogeheten "mysteryshoppers", die deelnamen aan het onderzoek) (Krokké en Van Hoof, 2011).
  - In de horeca slaagde 86 procent van de aankooppogingen (was 99% in 2009);
  - In sportkantines kreeg 85 procent van de mysteryshoppers alcohol (was 88% in 2009);
  - In de supermarkt lukte 68 procent van de aankooppogingen (was 71%).
- Een mysteryshopping onderzoek van STAP en de Universiteit Twente in Regio FoodValley (Barneveld, Ede, Nijkerk, Renswoude, Rhenen, Scherpenzeel, Veenendaal en Wageningen) in de zomervakantiemaanden van 2011 toonde dat alle 20 aankooppogingen van zwakalcoholhoudende drank door 15-jarigen jongeren op evenementen succesvol verliepen (Franken et al., 2011). Het onderzoek is bedoeld als nulmeting. Er is een aanscherping van het evenementenbeleid afgesproken en over een jaar zal in een vervolg mysteryshop onderzoek worden geëvalueerd of deze aanscherping effect heeft gehad.

Omdat de mogelijkheden om alcohol thuis bezorgd te krijgen na een bestelling via het internet of per telefoon groeien, is in 2011 de naleving van de leeftijdsgrenzen door deze leveranciers in enkele plaatsen onderzocht (De Bruijn en Van den Wildenberg, 2011).

- Onder bierkoeriers bleek de naleving van de wettelijke leeftijdsgrens nihil (alle 21 bestelpogingen van 15-jarige jongeren slaagden zonder problemen).
- De meerderheid van de bierkoeriers (26 van de 30) bleek niet de intentie te hebben om de Drank- en Horecawet na te leven. Zij zagen bijvoorbeeld in wederverstrekking (van een ouder persoon aan een jongere onder 16 jaar) vaak geen probleem.
- Hoewel er momenteel nog weinig jongeren online alcohol bestellen, waarschuwen de onderzoekers voor de mogelijkheid dat de aankoop via het internet kan toenemen bij een strengere naleving van de leeftijdsgrenzen in supermarkt en horeca. Bij alcoholverkoop via het internet is controle op naleving van de leeftijdsgrens echter vrijwel onmogelijk.

Steeds meer scholen organiseren alcoholvrije schoolfeesten (Verhoef, 2011).

- In 2005 waren op 1 van de 4 scholen (24%) schoolfeesten geheel alcoholvrij (voor onder- en bovenbouw). In 2009 is dit op ruim 1 van de 3 scholen (37%) het geval en in 2011 stijgt het aantal scholen dat alcoholvrije feesten organiseert naar 44%.
- Het aantal leerlingen onder de 16 dat alcohol drinkt op een schoolfeest is gedaald ten opzichte van 2005. Van de groep leerlingen onder de 16 dronk 51 procent in 2005 alcohol op een schoolfeest, in 2009 is dit aantal gedaald naar 33 procent en in 2011 is dit percentage stabiel gebleven (34%).

Toezicht en handhaving kunnen gunstige effecten hebben.

- In een gemeente die boetes oplegt bij het overtreden van de leeftijdsgrenzen, komt dronkenschap minder vaak voor onder adolescenten van 13 tot 15 jaar (Schelleman-Offermans, 2012).
- In een gemeente waar boetes worden opgelegd, waar mediacampagnes worden gevoerd en waar ouders en scholen zich verenigen rondom het handhaven van de leeftijdsgrenzen, controleren verkopers vaker de leeftijd van jongeren die alcohol willen kopen. Ook wordt in een dergelijke gemeente minder alcoholgerelateerde overlast ervaren (Schelleman-Offermans, 2012).

Accijns

- In 2013 bedraagt in Nederland de accijns voor een liter gedistilleerd (35 procent alcohol) 5,58 euro, voor een liter wijn 84 eurocent en voor een liter bier 36 eurocent.
- De accijnzen voor alcoholhoudende dranken zijn per 1 januari 2013 verhoogd: voor bier met tien procent verhoogd, voor niet-mousserende wijn met 18 procent, en voor sterke drank met zes procent.
- Voor een glas bier van 0,25 liter betekent dit negen eurocent accijns, voor een glas wijn van 0,1 liter acht eurocent en voor een glas gedistilleerd van 0,035 liter twintig eurocent.
- In 2011 bedroeg de accijnsopbrengst voor bier in Nederland 382 miljoen euro, de opbrengst van wijnaccijns en tussenproducten was 303 miljoen euro en de accijnsopbrengst van gedistilleerd bedroeg 317 miljoen euro (bron: Kerncijfers gedistilleerd 2011).
- Lidstaten van de EU voeren een verschillend accijnsbeleid (tabel 9.9). De tarieven lopen sterk uiteen. Verschillende wijnproducerende landen heffen in het geheel geen accijns op wijn. De Nederlandse accijnstarieven voor wijn en gedistilleerd behoren tot de middenmoot; voor bier zijn de accijnstarieven in Nederland het hoogst binnen Europa.
- Onderzoek laat zien dat wanneer de alcoholaccijnzen worden verhoogd, de consumptie daalt, inclusief het problematisch drinken en de alcoholgerelateerde schade (STAP, 2011). Zulke maatregelen zijn echter alleen effectief als er geen "ontsnappingsmogelijkheden" zijn (zoals verkoop onder de kostprijs, prijsacties of omvangrijke illegale productie van alcohol).

Tabel 9.9 Accijnstarieven op alcoholhoudende dranken in een aantal lidstaten van de Europese Unie. Peildatum januari 2013

Lidstaat	Bier[I]	Wijn[II]	Gedistilleerd[III]
Zweden	20	255	2 071
Finland	30	312	1 519
Ierland	19	371	1 290
Verenigd Koninkrijk	24	317	1 175
Griekenland	3	0	858
Denemarken	9	148	704
België	2	53	687
Frankrijk	7	4	591
Nederland	36	84	558
Duitsland	1	0	456
Portugal	19	0	417
Luxemburg	1	0	364
Oostenrijk	2	0	350
Spanje	10	0	291
Italië	2	0	280

Bedragen in euro per hectoliter productie. I. vanaf 0,5 volumeprocent alcohol, >11° <=15° Plato. II. niet-mousserende wijn, <15% vol. III. accijns voor gedistilleerd wordt berekend per volumeprocent alcohol; hier zijn de accijnzen voor 35 volumeprocent alcohol opgegeven. Bron: EC (2013).

10 Tabak

Tabak wordt gemaakt uit de gedroogde bladeren van de tabaksplant (Nicotiana tabacum). Tabak wordt doorgaans gerookt in een sigaret, sigaar of pijp en zelden gesnoven of gepruimd.

Consumenten ervaren tabak als stimulerend (verbetering concentratievermogen) en rustgevend. Nicotine, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van tabak, is een verslavende stof. Bij het inhaleren van tabaksrook komen ook veel andere stoffen vrij, zoals teer en koolmonoxide en tal van (verbrandings)producten die schadelijk zijn voor de gezondheid. Additieven in tabaksproducten vergroten de aantrekkelijkheid en sommige maken het product ook verslavender. Van veel additieven is de schadelijkheid wel bekend bij orale inname, maar niet bij verbranding.

Gebruik van tabak leidt vrij snel tot gewenning en lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. Er zijn grote risico's op korte en met name de lange termijn, zowel voor de roker als de meeroker. In 2011 waren bijna 19 000 sterfgevallen in Nederland te wijten aan actief roken. Passief (mee)roken was daar nog niet bijgerekend. Stoppen met roken wordt jaarlijks door grofweg een kwart van de rokers geprobeerd, maar het succespercentage is jaarlijks niet hoger dan 4 tot 10 procent.

Voor de verkoop van tabak geldt een leeftijdsondergrens van 16 jaar en momenteel wordt de minimumleeftijd voor het kopen van tabakswaar verhoogd naar 18 jaar. Aan de verkoop en het gebruik van tabaksproducten zijn ook verschillende andere wettelijke verplichtingen en beperkingen verbonden, die onder andere betrekking hebben op de producteisen, waarschuwingsteksten op de verpakking, rookverboden en reclame en sponsoring.

10.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over tabak in dit hoofdstuk zijn:

- Na een daling in het percentage (dagelijkse) rokers in de algemene bevolking in 2010 en 2011 is in 2012 weer een geringe toename in het aantal rokers gezien. Echter, de gegevens over het aantal rokers in 2012 van het CBS zijn nog niet openbaar waardoor definitieve conclusies niet mogelijk zijn (§ 10.2).
- De gemiddelde verkoop van tabak per roker bleef tussen 2005 en 2008 op hetzelfde niveau, maar nam duidelijk af in 2009. De afname zette door in 2010, 2011 en 2012 (§ 10.2).
- Onder hoog opgeleiden is het percentage rokers lager dan onder laag opgeleiden en ook is de afname in het aantal hoog opgeleide rokers wat groter dan onder laag en middelbaar opgeleiden (§ 10.2).
- Het percentage scholieren van het regulier voortgezet onderwijs dat ooit heeft gerookt daalde van 2003 naar 2007 en stabiliseerde in 2011. Het percentage actuele

en dagelijkse rokers bleef in deze hele periode op het zelfde niveau (§ 10.3).

- Scholieren van het VMBO roken het meest, en scholieren van het VWO het minst (§ 10.3).
- Met het roken onder scholieren scoort Nederland binnen de EU boven het gemiddelde (§ 10.4).
- Het aantal mensen dat overlijdt aan een aan roken gerelateerde aandoening neemt volgens nieuwe berekeningsmethoden licht af (§ 10.6).
- Rookverboden worden in 2011 in de meeste horecagelegenheden goed nageleefd, maar de naleving in cafés en discotheken is minder goed (§ 10.7).

10.2 Gebruik: algemene bevolking

In de jaren zestig en zeventig was roken gebruikelijk, vooral onder mannen. Vanaf eind jaren zestig tot begin jaren negentig nam het percentage rokers flink af. De daling is daarna afgezwakt. Diverse peilingen meten het percentage rokers in de bevolking. Door verschillen in onderzoeksmethoden en leeftijdgroepen kunnen de uitkomsten van deze peilingen verschillen.

Peilingen van het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR), uitgevoerd door TNS NIPO in opdracht van STIVORO (2011; 2012), wijzen tot en met 2011 op een afvlakkende daling van het percentage rokers in het afgelopen decennium (tabel 10.1). In 2012 is weer een lichte stijging te zien, die echter nog ruim onder het percentage rokers uit 2010 blijft (STIVORO, 2013).

- Tussen 2004 en 2010 schommelde het percentage mensen dat wel eens rookt in de bevolking van vijftien jaar en ouder tussen de 27 en 28 procent. In 2011 is er een daling tot onder de 25 procent, maar in 2012 is er weer een toename tot 26 procent.
- Ten opzichte van 2011 is het percentage rokende mannen ongeveer gelijk gebleven, maar er is wel een stijging van het percentage vrouwen dat rookt. Het percentage rokende mannen en vrouwen is nu vrijwel gelijk.
- Het percentage dagelijkse rokers nam in het afgelopen decennium geleidelijk af. In 2012 was minder dan een of de vijf Nederlanders een dagelijks roker. In 1999 was dat nog bijna een op de drie.
- In 2012 was bijna 35 procent van de mensen van vijftien jaar en ouder een ex-roker en 40 procent had nooit gerookt.
- Omgerekend naar de bevolking van vijftien jaar en ouder waren er in 2012 in totaal 3,6 miljoen mensen die rookten.
- Van de Nederlandse bevolking van vijftien jaar en ouder rookte 17 procent in 2012 wel eens sigaretten, 12 procent shag, 4 procent sigaren, 3 procent hasj of weed, 3 procent waterpijp, 1 procent een elektronische sigaret, en minder dan 1 procent rookte pijp of gebruikte pruimtabak.
- In 2012 rookte een gemiddelde roker 14 sigaretten of shagjes per dag; rokende

mannen roken gemiddeld 14,4 sigaretten of shagjes per dag en rokende vrouwen 13,9.

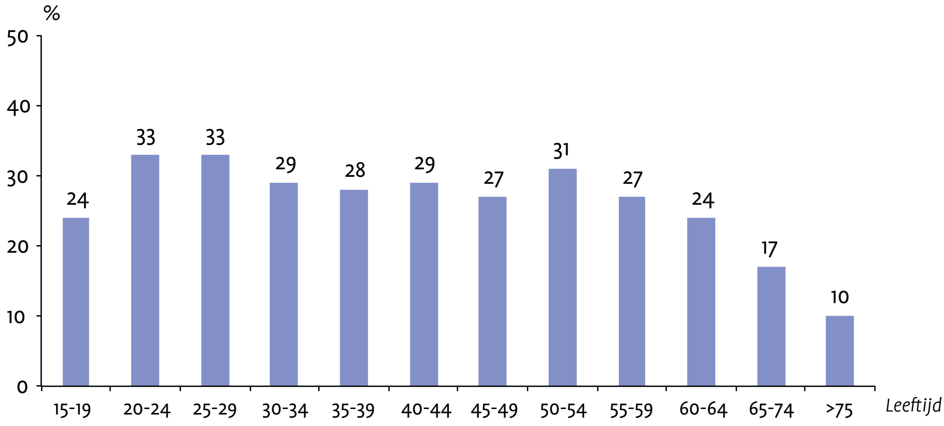
- Tussen twintig en dertig jaar is het percentage rokers het hoogst (figuur 10.1). Ouderen vanaf 65 jaar zullen vaker vanwege ziekte gedwongen zijn te stoppen met roken (STIVORO, 2013).

Tabel 10.1 Rokers in Nederland onder mannen en vrouwen van 15 jaar en ouder naar 'rookt wel eens' en 'rookt dagelijks', vanaf 1970

Jaar	Rookt wel eens			Rookt dagelijks		
	Mannen	*Vrouwen*	*Totaal*	*Mannen*	*Vrouwen*	*Totaal*
1970	75%	42%	59%			
1975	66%	40%	53%			
1980	52%	34%	43%			
1985	43%	34%	39%			
1990	39%	31%	35%			
1995	39%	31%	35%			
1996	39%	32%	35%			
1997[I]	36,7%[I]	30,3%[I]	33,4%[I]			
1998	37,4%	30,1%	33,7%			
1999	37,2%	30,6%	33,9%			
2000	36,8%	29,3%	32,9%	34.4%	27,0%	30,6%
2001[II]	33,2%[II]	27,2%[II]	30,2%[II]	27,6%	22,9%	25,2%
2002	34,0%	27,6%	30,7%	28,3%	23,1%	25,6%
2003	32,8%	27,2%	29,9%	26,8%	23,3%	25,0%
2004	30,8%	25,2%	27,9%	25,5%	21,4%	23,4%
2005	31,1%	24,5%	27,7%	25,7%	20,8%	23,2%
2006	31,4%	25,0%	28,2%	25,6%	20,9%	23,2%
2007	30,5%	24,5%	27,5%	25,3%	20,6%	22,9%
2008	29,8%	23,8%	26,7%	24,3%	20,3%	22,2%
2009[III]	29,5%	25,9%	27,7%	22,4%	20,7%	21,6%
2010	28,5%	26,0%	27,2%	21,7%	20,5%	21,1%
2011	26,8%	22,6%	24,7%	20,1%	17,2%	18,7%
2012	26,7%	25,2%	25,9%	19,7%	19,4%	19,6%

Percentage personen dat 'wel eens rookt' en 'dagelijks rookt'. I. Vanaf 1997 zijn de percentages beschikbaar met één cijfer achter de komma. II. In 2001 is de onderzoeksmethode gewijzigd: van een persoonlijk interview met een enquêteur thuis naar het invullen van een vragenlijst via modem of internet. III. In 2009 is de onderzoeksmethode weer gewijzigd: vanaf dat jaar wordt de steekproef op individueel niveau getrokken in plaats van op huishoudensniveau. Deze wijzigingen kunnen van invloed zijn geweest op de uitkomsten. Bron: Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR), TNS NIPO in opdracht van STIVORO.

Figuur 10.1 Percentage rokers in Nederland naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2012



Percentage rokers. Bron: Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR), TNS NIPO in opdracht van STIVORO.

Via de Gezondheidsenquête verzamelt het CBS jaarlijks cijfers over roken in de bevolking van twaalf jaar en ouder.

- Tussen 2001 en 2005 daalde het percentage rokers van 33,3 procent naar 29,5 procent. Daarna volgde in 2008 een daling naar 27,6 procent. In 2009 was het percentages rokers nog iets lager, namelijk 27,1 procent. In 2010 daalde het percentage statistisch significant naar 25,6 procent en bleef op dat percentage staan in 2011 (CBS, 2013).
- In 2012 vond voor de eerste keer ook een gezamenlijke monitor plaats van CBS, GGD'en en RIVM, de Gezondheidsmonitor, onder respondenten van negentien jaar en ouder. De voorlopige cijfers laten zien dat 22,8 procent van de personen van negentien jaar of ouder wel eens rookt, mannen (26,0%) meer dan vrouwen (19,6%).[1]
- De verschillen tussen de drie monitors (COR, Gezondheidsenquête en Gezondheidsmonitor) zullen voor een deel verklaard worden door verschillen in waarneemmethoden en leeftijd.

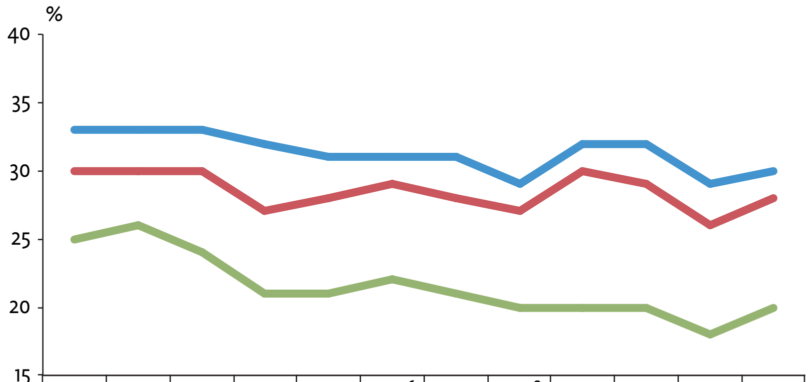
Sociaaleconomische verschillen in roken

Gegevens van STIVORO laten zien dat hoogopgeleiden minder vaak roken dan lager en middelbaar opgeleiden.

- In 2012 was 20 procent van de hoogopgeleiden een roker tegenover 30 procent van de laagopgeleiden.
- Roken vormt een belangrijke oorzaak van de toenemende sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De daling in het roken in het afgelopen decennium was het grootst onder hoogopgeleiden (figuur 10.2).

[1] www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/cijfers/incidenteel/maatwerk/2013-gezondheidsmonitor2012-mw.htm.

Figuur 10.2 Percentage rokers naar opleidingsniveau in de bevolking van 15 jaar en ouder, vanaf 2001



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Laag opgeleid	33	33	33	32	31	31	31	29	32	32	29	30
Middelbaar opgeleid	30	30	30	27	28	29	28	27	30	29	26	28
Hoog opgeleid	25	26	24	21	21	22	21	20	20	20	18	20

Percentage rokers. Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit. Bron: STIVORO.

Zwaar roken

Volgens het CBS is het percentage zware rokers de afgelopen jaren minder geworden. Een zware roker is een persoon die twintig of meer sigaretten en/of shagjes per dag rookt.

- In 2011 rookte 5,1 procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder twintig of meer sigaretten per dag, 5,9 procent van de mannen en 4,2 procent van de vrouwen.[2] Dat is vergelijkbaar met 2010 (4,9% zware rokers) en een forse afname ten opzichte van In 2009 (6,3% zware rokers). Het percentage lag het hoogst in de leeftijdsgroep van 50-55 jaar (8,2%). In 2001 lag het percentage zware rokers nog op 9,8 procent (CBS, 2012a).
- Onder de rokers lag in 2011 het percentage zware rokers op 19,9 procent. In dit 2009 was dit nog 23 procent en in 2000 was nog 35 procent van de rokers een zware roker (www.cbs.nl).

Verkoop van tabak

De verkoop van tabak geeft een indicatie van de mate waarin tabak wordt gebruikt. Sinds 2002 is de trend dat er minder tabaksproducten verkocht worden.

[2] In 2010 heeft het CBS de onderzoeksmethode gewijzigd maar een nadere analyse suggereert dat deze geen significante gevolgen had voor de vergelijkbaarheid van het percentage rokers in 2009 (Wong et al., 2011). De daling in het percentage zware rokers in 2010 zou mogelijk kunnen samenhangen met de hogere respons onder hoogopgeleiden in 2010. Een nadere analyse liet echter zien dat de daling zich onder alle opleidingsniveaus voordeed.

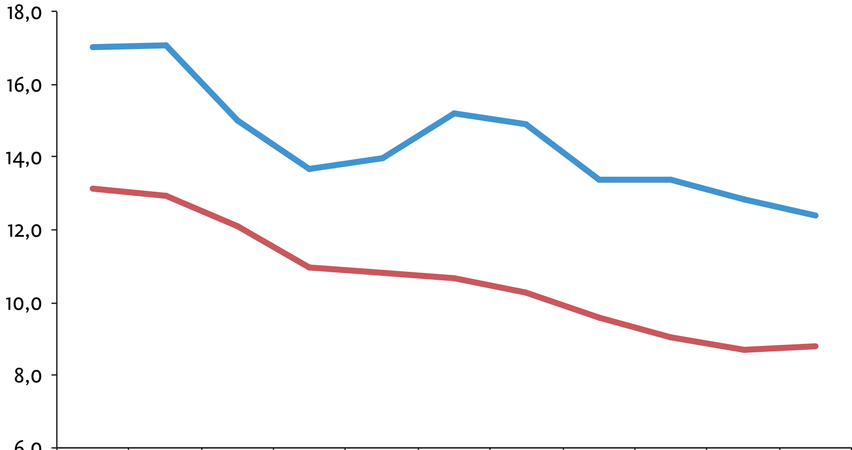
- In 2002 werden er 30,1 miljard sigaretten en shagjes verkocht; in 2012 waren dat er nog 21,2 miljard (tabel 10.2).
- Het Ministerie van Financiën levert de cijfers over de tabaksomzet aan de Europese Unie. Voor sigaretten wordt het aantal stuks geteld, voor shag (Roll Your Own) wordt het aantal kilo's dat voor consumptie is vrijgegeven doorgegeven. Deze ruwe cijfers worden in figuur 10.3 weergegeven.
- Voor shag was er van 2002 tot en met 2011 een dalende trend. In 2012 is er voor het eerst weer een lichte stijging.

Tabel 10.2 Verbruik van sigaretten en shag in Nederland, vanaf 1967

Jaar	Aantal sigaretten (miljard)	Aantal shagjes (miljard)[I]	Totaal aantal sigaretten en shagjes (miljard)
1967	16,6	9,1	25,7
1970	18,7	9,9	28,6
1975	23,9	13,1	37,0
1980	23,0	13,9	36,9
1985	16,3	17,9	34,1
1990	17,3	16,6	33,9
1995	17,2	14,4	31,6
2000	16,7	13,7	30,4
2001	16,3	12,4	28,7
2002	17,0	13,1	30,1
2003	17,1	12,9	30,0
2004	15,0	12,1	27,1
2005	13,7	11,0	24,7
2006	14,0	10,8	24,8
2007	15,2	10,7	25,9
2008	14,9	10,3	25,2
2009	13,4	9,6	23,0
2010	13,4	9,0	22,4
2011	12,8	8,7	21,5
2012	12,4	8,8	21,2

I. Onder aanname: 1 gram shag per shagje. Bronnen: STIVORO (www.stivoro.nl), CBS, Ministerie van Financiën; cijfers vanaf 2002: Europese Unie: Release for consumption in EU 27 (2013).

Figuur 10.3 Verkoop van sigaretten (in miljarden stuks) en shag (in miljoenen kilo's), 2002-2012



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Miljard stuks	17,0	17,1	15,0	13,7	14,0	15,2	14,9	13,4	13,4	12,8	12,4
Miljoen kilo	13,1	12,9	12,1	11,0	10,8	10,7	10,3	9,6	9,0	8,7	8,8

Miljard stuks sigaretten en miljoen kilo shag. Bron: EU (2013). Release for consumption in EU 27.

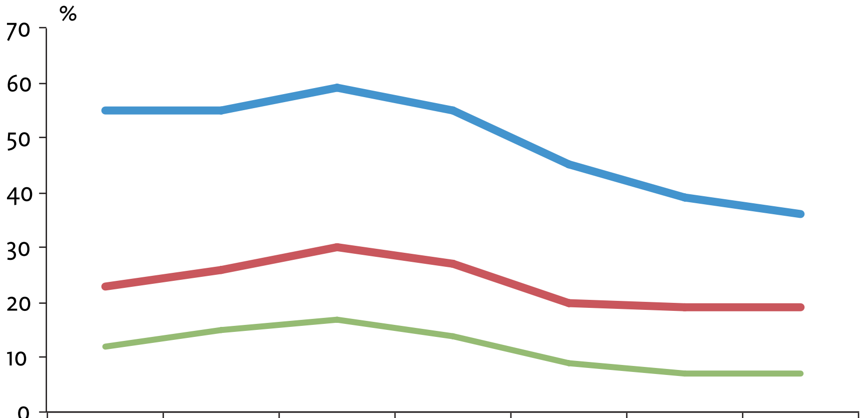
10.3 Gebruik: jongeren

Verschillende landelijke bronnen monitoren het rookgedrag van jongeren. Het Peilstationsonderzoek scholieren wordt elke vier jaar door het Trimbos-instituut uitgevoerd en verzamelt cijfers over middelengebruik (o.a. roken) van scholieren van tien tot en met achttien jaar. De laatste meting was in 2011 (Verdurmen et al., 2012). De Roken Jeugdmonitor verzamelt jaarlijks in opdracht van STIVORO gegevens over rookgedrag onder jongeren van tien tot en met negentien jaar (STIVORO, 2012a).

Figuur 10.4 toont de trends in het percentage rokers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van twaalf tot en met achttien jaar volgens de Peilstationsonderzoeken scholieren.

- Volgens het Peilstationsonderzoek daalde het percentage scholieren van het 'reguliere' voortgezet onderwijs dat ooit had gerookt tussen 1996 en 2007 van 59 naar 39 procent (figuur 10.4). In 2011 was dit percentage nog iets lager (36%) maar het verschil met 2007 was niet statistisch significant.
- Het percentage leerlingen dat in de afgelopen maand nog had gerookt daalde van 30 procent in 1996 naar 20 procent in 2003 en is in 2007 en 2011 op 19 procent blijven steken.
- Het percentage leerlingen dat dagelijks rookt is tussen 2007 en 2011 ook ongeveer gelijk gebleven, namelijk 7 procent.

Figuur 10.4 Roken onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, 1988 - 2011



	1988	1992	1996	1999	2003	2007	2011
Ooit	55	55	59	55	45	39	36
Actueel	23	26	30	27	20	19	19
Dagelijks	12	15	17	14	9	7	7

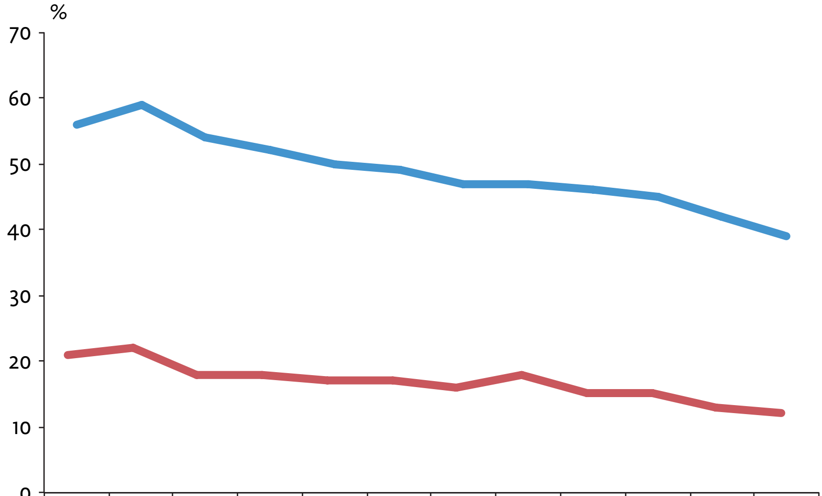
Percentage rokers ooit in het leven, in de laatste maand vóór de peiling (=actueel) en dagelijks.

Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren, Trimbos-instituut.

De gegevens van de Roken Jeugdmonitor (figuur 10.5) wijken enigszins af van die van de Peilstationsonderzoeken onder scholieren.

- In de Roken Jeugdmonitor van STIVORO liggen de percentages dagelijkse rokers hoger. Dit kan komen doordat aan deze monitor ook jongeren deelnemen die geen scholier zijn en onder deze niet-scholieren ligt het percentage rokers hoger.
- Beide monitors laten een afname van het aantal rokende jongeren zien, welke zich nog steeds lijkt door te zetten.

Figuur 10.5 Percentage rokers, ooit en dagelijks, onder jongeren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 2001



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ooit gerookt	56	59	54	52	50	49	47	47	46	45	42	39
Rookt dagelijks	21	22	18	18	17	17	16	18	15	15	13	12

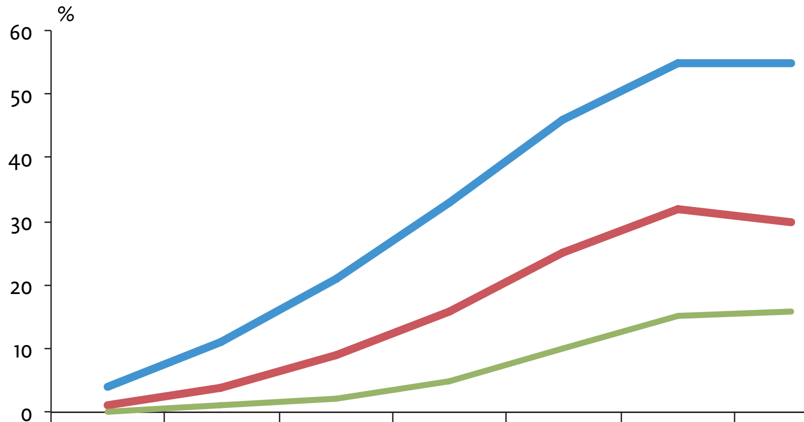
Percentage rokers, ooit en dagelijks. Bron: Roken Jeugdmonitor, STIVORO.

Leeftijd en geslacht

Met roken wordt al vroeg begonnen.

- Een op de vijfentwintig (4%) leerlingen van groep 7 en 8 van de basisschool heeft ooit gerookt (Verdurmen et al., 2012). In 2003 was dat nog een op de negen (11%).
- Tussen het twaalfde en zestiende levensjaar is er een forse toename van het aantal jongeren dat ervaring heeft met roken (figuur 10.6).
- In 2011 rookte vijftien procent van de 16-jarigen in het voortgezet onderwijs dagelijks.
- Wat meer jongens dan meisjes zijn dagelijks roker (8,5% en 6,3%) maar het verschil is niet statistisch significant. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen.
- Er zijn aanwijzingen dat het rookgedrag van jongeren meer wordt beïnvloed door imitatie (passief) van leeftijdsgenoten dan door groepsdruk (actief) (Harakeh en Volleberg, 2012).
- Het roken van kinderen hangt niet samen met de algemene opvoeding van ouders (zoals het geven van steun of het houden van toezicht), maar wel is er een relatie met de rookspecifieke opvoeding en het rookgedrag van de ouders (Verdurmen et al., 2012a). Kinderen roken minder vaak wekelijks als de kwaliteit van de communicatie over roken met hun ouders goed is, wanneer ouders strenge regels over roken hebben en wanneer de ouders meer vertrouwen hebben in hun eigen maatregelen om het rookgedrag van het kind te beïnvloeden. Rokende ouders hebben vaker rokende kinderen.

Figuur 10.6 Roken naar leeftijd onder scholieren van 10 jaar en ouder. Peiljaar 2011



	BO	12 jr	13 jr	14 jr	15 jr	16 jr	17-18 jr
Ooit	4	11	21	33	46	55	55
Actueel	1	4	9	16	25	32	30
Dagelijks	0	1	2	5	10	15	16

Percentage rokers ooit in het leven, actueel (laatste maand) en dagelijks. BO = Basisonderwijs. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

Schoolniveau en etnische afkomst

- In 2011 was het percentage dagelijkse rokers het hoogst onder scholieren van het VMBO-p/t (11%) en het laagst onder scholieren van het VWO (4%). Voor het VMBO-t/h en de HAVO lagen percentages hier tussen in (respectievelijk 7% en 9%) (Verdurmen et al., 2012).
- Er zijn weinig verschillen in percentage rokers tussen autochtone en allochtone leerlingen. Alleen Marokkaanse leerlingen van 12-18 jaar hebben beduidend minder ervaring met het roken van een sigaret dan autochtoon Nederlandse scholieren (16% versus 36%) en zij zijn ook minder vaak actueel roker (5% versus 19%) en dagelijks roker (<1% versus 8%).

Speciale groepen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen wordt naar verhouding meer gerookt dan in de gemiddelde bevolking of onder scholieren van het reguliere onderwijs. Behalve om jongeren in het speciaal onderwijs (zie hierboven) gaat het om speciale groepen zoals uitgaande jongeren, jongeren in de jeugdzorg en jongeren in justitiële inrichtingen.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

- In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde grootschalige party's (>5 000 bezoekers) (Van der Poel et al., 2010).

- Vijf van de tien bezoekers (51%) was een actuele roker (gerookt in de afgelopen maand).
- Tijdens de party rookte bijna 47 procent van de bezoekers gemiddeld vijftien sigaretten.

- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers (15 tot 35 jaar) van clubs en discotheken in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen en Drenthe), Oost (Overijssel en Gelderland), Midden (Flevoland en Utrecht), West (Noord- en Zuid-Holland), en Zuid (Zeeland, Noord-Brabant en Limburg).
  - Het percentage actuele rokers lag het hoogst in de regio West (54%), gevolgd door de regio's Noord (51%), Zuid (50%), Oost (47%) en Midden (46%), maar deze verschillen waren niet statistisch significant.
  - Vijf van de tien bezoekers van clubs en discotheken (51%) was een actuele roker (gerookt in de afgelopen maand).
  - Tijdens de uitgaansavond/nacht rookte 46 procent van de bezoekers gemiddeld tien sigaretten.
- Onder cafébezoekers in Amsterdam steeg het percentage actuele rokers van 45 procent in 2005 naar 54 procent in 2010 (Benschop et al., 2011). Het percentage dagelijkse rokers onder de Amsterdamse cafébezoekers daalde echter in deze periode van 31 naar 26 procent.

Jeugdzorg en justitiële jeugdinrichtingen

In Antenne 2012 is het tabaksgebruik van jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg (niet alleen residentieel) onderzocht (Benschop et al., 2013).

- Onder 16-17 jarige jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg heeft 46 procent de afgelopen maand gerookt. Dat is meer dan onder 16-17 jarige scholieren in Amsterdam (37%), maar het verschil is niet significant.
- Bij de 14-15 jarigen scoort de jeugdzorg veel hoger: 55 procent van de jongeren in de jeugdzorg heeft ooit gerookt, vergeleken met 26 procent van de scholieren. Bij de actuele gebruikers is het verschil nog groter (respectievelijk 34 en 11 procent).
- In 2008 is op landelijk niveau het roken onder 12- tot en met 16-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg onderzocht (Kepper et al., 2009a). Het percentage actuele rokers lag onder de 12-13-jarigen, de 14-15-jarigen en de 16-jarigen op respectievelijk 42, 70 en 75 procent. Ter vergelijking: in het regulier onderwijs zijn de percentages voor deze drie leeftijdsgroepen respectievelijk: 8, 22 en 26 procent. In deze leeftijdsgroepen rookten de actuele rokers in de residentiële jeugdzorg gemiddeld 8, 11 en 14 sigaretten per dag.
- Gemiddeld had 82 procent van de jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen in de maand voorafgaand aan hun verblijf in de Justitiële Jeugd Inrichting (JJI) gerookt (Kepper et al., 2009b). Gemiddeld rookten deze jongeren elf sigaretten per dag. Verschillen in dagelijks roken tussen deze jongens en hun leeftijdsgenoten (jongens) in het reguliere voortgezet onderwijs zijn groot: 46 versus 4 procent onder 13-14 jarigen, 76 versus 12 procent onder 15-16 jarigen en 82 versus 21 procent onder 17-18 jarigen.

10.4 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

In opdracht van de Europese Commissie heeft TNS Opinion & Social in 2012 een speciale survey uitgevoerd om de prevalentie van tabaksgebruik en de houding van de Europese burgers ten aanzien van tabak te peilen: de Special Eurobarometer 385. In de bevolking van 15 jaar en ouder werd gekeken naar het percentage dat rookt ('present smoker'), het percentage dat gestopt is met roken en het percentage dat nooit gerookt heeft. Per land werden ongeveer 1 000 personen ondervraagd. In 2006 en 2009 zijn soortgelijke surveys uitgevoerd. Er zijn grote verschillen tussen de lidstaten (tabel 10.3) (European Commission, 2012).

- Van de EU-15 scoort Griekenland het hoogst met 40 procent huidige rokers. Zweden scoort het laagst met 13 procent rokers. Nederland bevindt zich met 24 procent rokers in de groep landen met het minste aantal rokers.
- In Frankrijk is het aantal rokers tussen 2009 en 2012 met vijf procent afgenomen. Duitsland, Italië, Nederland, Finland en het Verenigd Koninkrijk hadden een vergelijkbare afname tussen 2006 en 2009. In Finland, Luxemburg en Duitsland is tussen 2009 en 2012 het aantal rokers gestegen.
- In de EU-15 ligt het percentage ex-rokers het hoogst in Nederland en Denemarken (31%). Italië en Portugal hebben het hoogste percentage nooit-rokers (62%).
- In de EU-27 is het percentage rokers tussen 2006 en 2009 gedaald van 32 procent naar 29 procent. Daarna is het percentage blijven steken op 28 procent (in 2012).

Tabel 10.3 **Percentage rokers, ex-rokers en nooit-rokers van 15 jaar en ouder in de EU-15. Peiljaren 2006, 2009 en 2012**

Land	Rokers (%)[I]			Ex-rokers (%)			Nooit gerookt (%)		
	2006	*2009*	*2012*	*2006*	*2009*	*2012*	*2006*	*2009*	*2012*
Griekenland	42	42	40	17	14	16	41	44	44
Spanje	34	35	33	17	21	22	48	44	45
Oostenrijk	31	34	33	22	23	20	46	43	47
Ierland	29	31	29	18	20	19	52	49	52
Frankrijk	33	33	28	24	26	24	43	41	48
Verenigd Koninkrijk	33	28	27	24	25	26	44	47	47
Luxemburg	26	25	27	17	22	22	56	53	50
België	26	30	27	24	21	20	50	49	52
Denemarken	32	29	26	27	31	31	39	40	43
Duitsland	30	25	26	24	26	26	45	49	48
Finland	26	21	25	21	27	22	52	52	53
Nederland	29	24	24	30	33	31	40	43	45
Italië	31	26	24	16	16	13	51	57	62
Portugal	24	23	23	12	13	15	64	64	62
Zweden	18	16	13	29	31	30	46	53	57

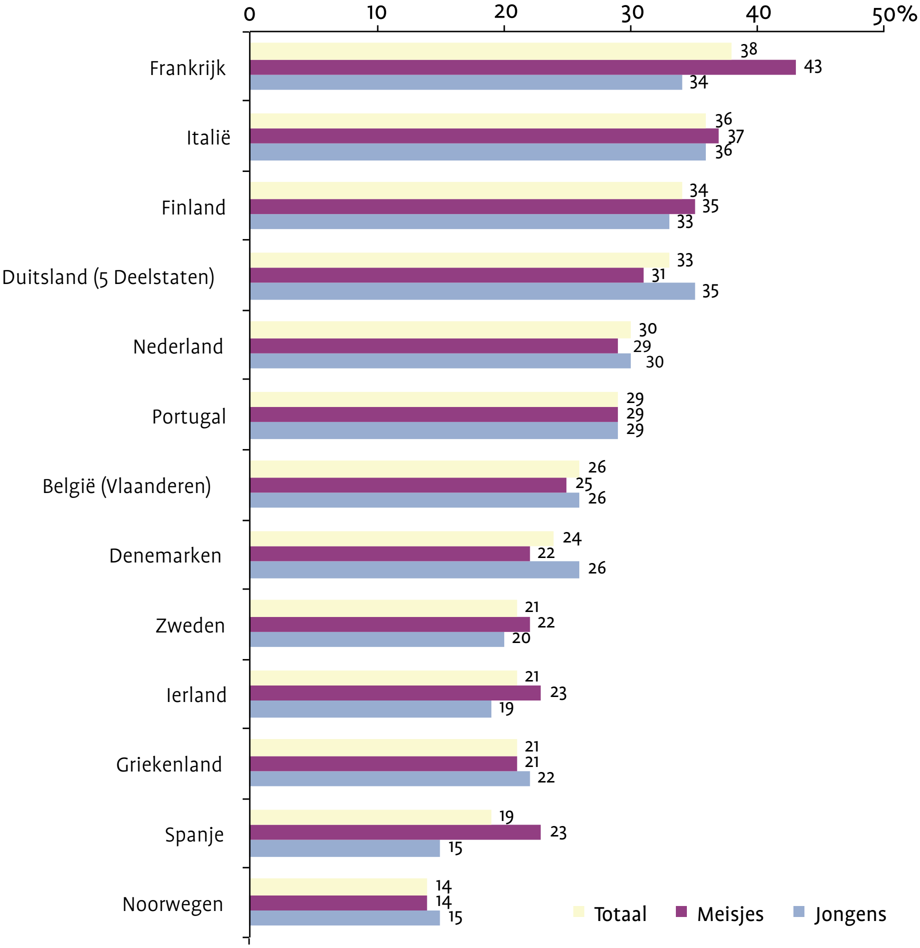
I. Percentage 'present time smokers'. Bron: Special Eurobarometer 385, EC, TNS Opinion and Social.

Jongeren

Het ESPAD onderzoek in 2011 maakt een vergelijking mogelijk van het rookgedrag van vijftien- en zestienjarige scholieren in het middelbaar onderwijs in Europa. Figuur 10.7 geeft voor 12 EU-lidstaten en Noorwegen gegevens over het percentage actuele rokers in 2011 (Hibell et al., 2012).

- Van de vergeleken landen telt Frankrijk de meeste en telt Noorwegen de minste rokers onder scholieren van het middelbaar onderwijs.
- Nederland scoort boven het gemiddelde.
- In zes van de dertien landen roken meer meisjes dan jongens. De verschillen zijn het grootst in Frankrijk (meisjes 43%, jongens 34%) en Spanje (meisjes 23%, jongens 15%). In zes van de dertien landen, waaronder Nederland, is er tussen de jongens en de meisjes geen groter verschil gevonden dan een procent.
- Bijna een kwart van de Nederlandse scholieren (23%) zegt veertig keer of meer in het leven te hebben gerookt. Dit percentage varieert van 10 procent in Noorwegen tot 27 procent in Finland en Frankrijk. Het gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen ligt op 21 procent.
- De rangorde van landen kan sterk verschillen tussen de algemene bevolking en scholieren. Ter illustratie, het percentage (actuele) rokers onder Griekse scholieren lijkt in de lagere regionen te vallen (figuur 10.7) terwijl het percentage (dagelijkse) rokers in de Griekse algemene bevolking het hoogst is van alle EU-15 landen (tabel 10.3).

Figuur 10.7 Rokers onder leerlingen van 15 en 16 jaar van het voortgezet onderwijs in enkele lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen. Peiljaar 2011



Percentage dat de afgelopen maand heeft gerookt. Bron: ESPAD.

10.5 Hulpvraag en incidenten

Bij de hulpvraag voor tabaksverslaving gaat het in hoofdzaak om zelfzorg en het zoeken van hulp bij de huisarts.

- De geactualiseerde CBO-richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving uit 2009 dient als basis voor de behandeling van nicotineverslaving (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2009). Deze richtlijn geeft een actueel overzicht van bewezen effectieve stopondersteuning.
- Richtinggevend voor de zorginhoudelijke en organisatorische uitwerking van de stoppen-met-rokenprogramma's is de zorgmodule 'Stoppen met roken' van het 'Partnership stop

met roken' (Stc 2011-12328). Dit Partnership heeft een kwaliteitsregister geopend waarin geaccrediteerde stoppen-met-rokeninterventies zijn opgenomen. Het aantal in het kwaliteitsregister opgenomen hulpverleners lag in de eerste helft van 2013 boven de duizend.

Mensen met een nicotineverslaving doen niet snel een beroep op de verslavingszorg.

- In 2012 werden in de reguliere verslavingszorg 269 personen behandeld voor een nicotineverslaving. Dat is 0,4 procent van het totaal aantal personen dat in 2012 in de verslavingszorg werd behandeld (Wisselink et al., 2013). Het aantal voor een nicotineverslaving behandelde personen was in 2012 ongeveer gelijk aan het aantal in 2010 (251). In 2011 was er een "piek" met 328 hulpvragen.
- De verslavingszorg biedt soms (online) stopprogramma's aan, maar niet op grote schaal.

Wekelijks wordt een representatieve steekproef van circa 200 huishoudens in het kader van het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR) door STIVORO ondervraagd.

- Per jaar doet ongeveer een kwart van de rokers een poging om te stoppen met roken. In 2012 was dit 28 procent. In absolute aantallen gaat het om meer dan een miljoen rokers die in 2012 een poging deed om te stoppen met roken (STIVORO, 2013).
- Van de groep die in 2011 een stoppoging deed, was na één jaar tussen de vier en tien procent nog steeds gestopt met roken.
- Tachtig procent van de rokers van 15 jaar en ouder gaf in 2012 aan van plan te zijn om te stoppen met roken. In totaal heeft 62 procent van de rokers in het verleden al een serieuze stoppoging gedaan. Gemiddeld hebben de actuele rokers in het verleden 2,2 stoppogingen ondernomen. Ex-rokers hebben gemiddeld 2,4 stoppogingen gedaan.
- In 2012 had 35 procent van de rokers met een stoppoging in het afgelopen jaar een hulpmiddel of hulpmethode gebruikt (STIVORO, 2013). Dat is ongeveer gelijk aan de 33 procent in de periode van 2001 tot en met 2011. Bijna twee derde van de rokers probeert dus op eigen kracht te stoppen (Nagelhout et al., 2010). De voornaamste reden om een stoppoging te doen is bezorgdheid om de eigen gezondheid. In 2012 wordt deze reden door 52 procent van de respondenten met een stoppoging genoemd (STIVORO, 2013).

In 2011 werden van de stoppen-met-rokenprogramma's zowel gedragsmatige ondersteuning (persoonlijke coaching; groepstrainingen of telefonische coaching) als de toevoeging van farmacologische ondersteuning (nicotinevervangers of medicijnen) vergoed vanuit het basis verzekeringspakket. Dat resulteerde in een verdubbeling van het aantal mensen dat receptplichtige stoppen-met-rokengeneesmiddelen heeft gebruikt. Vanaf 2012 werd alleen nog de gedragsmatige ondersteuning vergoed. In 2013 is de medicatie weer teruggekomen in het basispakket.

Het gebruik van ontwenningsmiddelen is in 2011 gestegen en in 2012 gedaald.
- De markt van de nicotinevervangers (pleisters, kauwgom en tabletten) steeg van iets meer dan zestien miljoen euro over het kalenderjaar 2010 naar bijna negentien miljoen euro over 2011. In 2012 steeg de omzet naar net boven negentien miljoen euro, maar de afzet in eenheden consumentenverpakkingen daalde. De daling was het grootst (14%) in de tabletten (IMS Health, 2013).
- Het aantal gebruikers van bupropion (Zyban®) nam in voorgaande jaren af, van 24 000 gebruikers in 2007 naar 13 500 gebruikers in 2010, bijna een halvering. In 2011 steeg het aantal gebruikers weer naar 18 000.[3]
- Het gebruik van de antirookpil varenicline (Champix®), die in maart 2007 op de Nederlandse markt kwam, steeg van 12 000 gebruikers in 2007 naar 51 000 gebruikers in 2010 en 113 000 in 2011.
- In 2012, toen de verzekeraars de stoppen-met-rokenmiddelen niet vergoedden, lagen de aantallen gebruikers van bupropion en varenicline weer in de buurt van het aantal verstrekkingen in 2010.[3]

De invoering van de vergoeding van stoppen-met-rokenmedicatie in 2011 heeft ook geleid tot een meer dan tienvoudige toename in het aantal telefonische counselinggesprekken via de stoppen-met-rokenlijn van STIVORO (Willemsen et al. 2013). In 2010 startten 848 rokers met de behandeling en dat aantal steeg tot 9091 in 2011, ten tijde van de vergoeding. In 2012 zakte het aantal bellers tot onder het niveau van 2010.

10.6 Ziekte en sterfte

Ziekte

Blootstelling aan tabaksrook heeft invloed op het ontstaan van kanker, longziekten en hart- en vaatziekten.
- Van de vele vermijdbare risico's die invloed hebben op de gezondheid, heeft roken de meeste doden tot gevolg (Danaei et al., 2009).
- Roken is de belangrijkste oorzaak voor longkanker, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), slokdarmkanker, strottenhoofdkanker en mondholtekanker (tabel 10.4). In 2011 kon 90 procent van de sterfte door longkanker bij mannen en 78 procent van de sterfte door longkanker bij vrouwen worden toegewezen aan roken.
- Roken is ook geassocieerd met veel andere aandoeningen, waaronder ademhalings- en luchtwegproblemen, aandoeningen aan hart-en vaatstelsel, suikerziekte en ongunstig beloop van chronische ziekten.
- Rokers in Nederland verliezen ten opzichte van niet-rokers 4,1 levensjaren en 4,6 gezonde levensjaren (Hoeymans et al., 2010).

Ook passief roken kan diverse ziekten veroorzaken.

[3] www.sfk.nl/nieuws-publicaties/PW/2013/Stoppen%20met%20roken.

- Mensen die zelf niet roken, maar regelmatig meeroken met een rokende partner, hebben een verhoogde kans op longkanker, hart- en vaatziekten en luchtwegklachten (Gezondheidsraad, 2003).
- Bij passief rokende vrouwen is een verhoogd risico op longkanker gevonden van twintig procent en bij passief rokende mannen is een verhoogd risico op longkanker gevonden van dertig procent (Kawachi, 2005).
- Meeroken verhoogt het risico op hart- en vaatziekten en hersenbloedingen (Peters, 2007). De kans op een acuut hartinfarct neemt met vijftien procent toe door meer dan één uur per week passief mee te roken (Teo et al., 2006). Meeroken is ook een risicofactor voor het ontwikkelen van dementie (Chen et al., 2013).
- Uit internationaal onderzoek blijkt dat in regio's waar een rookverbod wordt ingesteld in de publieke ruimten, al na één jaar het aantal acute hartinfarcten door passief roken met zeventien procent is afgenomen (Meyers et al., 2009; Lightwood en Glantz, 2009).
- Baby's van moeders die voor en tijdens de zwangerschap roken hebben meer kans op een te laag geboortegewicht en vroeggeboorte (Gezondheidsraad, 2003).
- Meerokende kinderen hebben vaak meer last van hun luchtwegen (verkouden, minder goede longfunctie, astma) en meer middenoorontsteking (Gezondheidsraad, 2003).

Er zijn verschillende genetische varianten geïdentificeerd die het risico van rokers op bepaalde aandoeningen verhogen (Smerecnik et al., 2012):
- In aan roken gerelateerde ziekten is over het algemeen sprake van complexe gen-omgevingsinteracties (waaronder ook gedrag valt).
- Bepaalde genotypen (bijvoorbeeld in de L-myc, GSTM1, GSTT1, NQO1 en CYP1A1 genen) verhogen alleen het risico op longkanker, hart- en vaatziekten of slokdarmkanker in dragers van deze genotypen die ook roken.

Ziekenhuisopnames
Roken verhoogt de kans op ziekenhuisopname.
- Voor het jaar 2005 wordt geschat dat er ongeveer negentigduizend klinische ziekenhuisopnamen plaatsvonden onder mensen van 35 jaar en ouder vanwege aan roken gerelateerde ziektes (Cruts et al., 2008).
- Dit is ongeveer 7,5 procent van het totale aantal ziekenhuisopnames in deze leeftijdsgroep.
- Kanker van de luchtwegen, hartziekten en chronische luchtwegobstructie kwamen het meest voor als reden voor opname.
- Zware rokers van boven de 25 jaar, zowel mannen als vrouwen, maken ongeveer 25 procent meer kans op een ziekenhuisopname dan niet-rokers. Ook ex-rokers hebben een relatief grote kans op ziekenhuisopname: de kans is 16 procent hoger bij ex-rokende mannen en 9 procent bij vrouwen (CBS, 2011a).

Sterfte

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte.

- In 2011 overleden in Nederland 18 858 mensen van twintig jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken.
- De werkelijke sterfte die gerelateerd is aan roken ligt hoger, omdat het effect van passief roken nog niet is verdisconteerd. De jaarlijkse sterfte door meeroken wordt geschat op enkele duizenden gevallen door hartaandoeningen, enkele honderden gevallen door longkanker en een tiental gevallen van wiegendood (Hofhuis en Merkus, 2005).
- Wereldwijd is naar schatting één op de honderd sterfgevallen het gevolg van passief meeroken. Jaarlijks sterven er in totaal naar schatting 600 000 niet-rokers aan de gevolgen van passief roken (Öberg et al., 2010). De sterfte ontstaat vooral door hartziekten, luchtweginfecties, astma en longkanker.

Tabel 10.4 Sterfgevallen wegens enkele aandoeningen onder mannen en vrouwen van 20 jaar en ouder. Peiljaar 2011[I]

Aandoening	Totale sterfte		Sterfte door roken	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Longkanker	6 336	3 872	5 714 (90%)	3 014 (78%)
Strottehoofdkanker	161	39	138 (86%)	33 (83%)
COPD	3 221	2 762	2 761 (86%)	2 039 (74%)
Mondholtekanker	201	113	131 (65%)	61 (55%)
Slokdarmkanker	1 144	437	655 (57%)	204 (47%)
Blaaskanker	825	345	266 (32%)	88 (26%)
Nierkanker	563	345	117 (21%)	55 (16%)
Coronaire hartziekten	5 379	3 874	1 120 (21%)	435 (11%)
Alvleesklierkanker	1158	1286	227 (20%)	182 (14%)
Hartfalen	2 400	3 877	360 (15%)	363 (9%)
Beroerte (CVA)	3 060	4 758	356 (12%)	230 (5%)

I. Percentages geven het aandeel van roken aan de sterfte weer. Bron: RIVM.

Door de terugloop van het roken onder mannen tussen 1960 en 1990 daalde de sterfte aan longkanker onder mannen vanaf het midden van de jaren tachtig. Onder vrouwen, die juist meer zijn gaan roken, is de trend omgekeerd.

- De tegengestelde trends onder mannen en vrouwen hebben elkaar jarenlang in evenwicht gehouden. Daardoor bleef de totale sterfte aan longkanker jarenlang vrij stabiel.
- Figuur 10.8 laat zien dat de sterfte aan coronaire hartziekten door roken daalt.

Een Nederlandse cohortstudie naar de relatieve invloed van overgewicht, roken en overmatig drinken op vroegtijdige sterfte en aantal ziektejaren laat zien dat actuele rokers

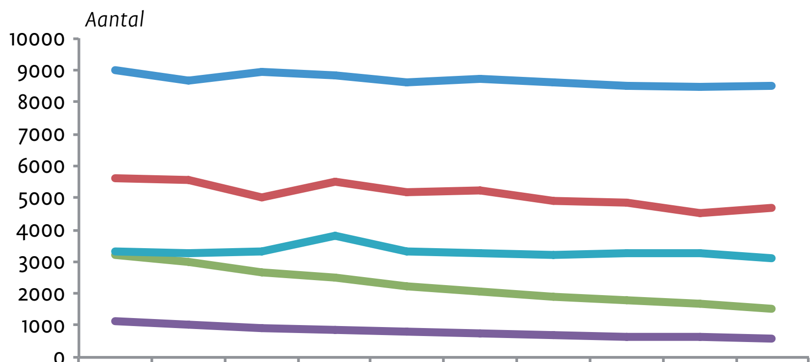
ouder dan 55 jaar 62 procent meer kans hebben eerder te overlijden dan niet-rokers. Ze leven gemiddeld vier jaar korter (tabel 10.5). (Klijs et al., 2011).

Tabel 10.5 Relatief Risico (RR) op vroegtijdige sterfte en de levensverwachting als gevolg van overgewicht, roken en overmatig drinken bij Nederlanders van 55 jaar en ouder, 1997-2006

	Relatief Risico op vroegtijdige sterfte, met 95% BI	Totale levensverwachting vanaf 55 in jaren, met 95% BI
Normaal gewicht	1,00	26,0 (25,6-26,5)
Overgewicht	0,97 (0,87-1,07)	26,3 (25,8-26,8)
Obees	1,15 (0,98-1,136)	24,9 (23,8-26,1)
Nooit gerookt	1,00	**27,6 (26,9-28,5)**
Ex-roker	1,18 (1,03-1,35)	26,2 (25,8-26,8)
Huidige roker	**1,62 (1,40-1,87)**	**23,6 (23,1-24,3)**
1 tot 14 alcohol. cons. per week	1,00	27,0 (26,7-27,4)
> 14 alcohol. cons. per week	1,19 (1,00-1,41)	25,6 (24,3-26,9)
Niet-drinker	1,43 (1,29-1,59)	24,1 (23,5-24,6)

BI=betrouwbaarheidsinterval. Aantal respondenten=6 446. Bron: Klijs et al., 2011.

Figuur 10.8 Sterfte door roken voor enkele aandoeningen onder mensen van 20 jaar en ouder, vanaf 2002



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Longkanker	8983	8650	8969	8854	8637	8711	8613	8490	8474	8505
COPD	5628	5555	4988	5475	5198	5209	4909	4832	4495	4661
Coronaire hartziekten	3195	2995	2673	2523	2239	2034	1889	1787	1665	1521
Beroerte (CVA)	1150	1004	935	855	784	726	675	656	648	573
Overig	3333	3250	3309	3806	3305	3239	3222	3241	3277	3105

Aantal sterfgevallen door roken. Overige aandoeningen zijn ondermeer mondholtekanker, strottehoofdkanker, slokdarmkanker en hartfalen. De berekeningsmethode is verbeterd ten opzichte van voorgaande jaren en daarom komen de cijfers niet overeen met die uit de voorgaande NDM Jaarberichten. Voor de gebruikte methode zie http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/achtergrondinformatie-berekening-sterfte-door-roken/ Bron: RIVM, CBS.

10.7 Aanbod en markt

Verkrijgbaarheid van tabak

Rookwaren worden verkocht via verschillende kanalen, zoals "tabaks- en gemakszaken", supermarkten, pompshops en via de horeca. Het marktaandeel van deze verkoopkanalen verschilt voor sigaretten, sigaren en shag en pijptabak (tabel 10.6). Sigaretten, shag en pijptabak worden het meest gekocht in de supermarkt. Sigaren worden het meest gekocht in de tabaks- en gemakzaken (33%). De tabaks- en gemakszaken verkopen slechts een minderheid van de sigaretten (19%) en shag en pijptabak (15%).

Tabel 10.6 Marktaandeel van verschillende verkoopkanalen in de verkoop van sigaretten, sigaren en shag en pijptabak. Peiljaar 2011

Verkoopkanaal	Sigaretten	Sigaren	Shag en pijptabak	Totaal
Supermarkt	47%	31%	58%	47%
Pompshop	30%	30%	19%	27%
Tabaks- en gemakszaak	19%	33%	15%	18%
Horeca + Overig	4%	6%	8%	8%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Marktaandeel in percentage. Bron: NSO; www.hbd.nl.

Sinds 1 januari 2003 is het volgens de gewijzigde Tabakswet verboden tabaksproducten te verkopen aan jongeren onder de 16 jaar.

- Het aantal geënquêteerde jongeren tussen de dertien en vijftien jaar dat wel eens tabaksproducten probeert te kopen, lag in 2009 op negen procent. In 2007 was dat tien procent (Bieleman et al., 2010a).
- De jongeren doen hun bestelpogingen voor tabaksproducten bij vier soorten ondernemingen: tabaksspeciaalzaak, levensmiddelenzaak, pompstation en sigarettenautomaat. Van de jongeren probeert 7 procent om onder de toegestane leeftijd tabak te kopen bij tabaksspeciaalzaken, 4 procent bij levensmiddelenzaken, 4 procent bij pompstations en 3 procent uit sigarettenautomaten.
- De kans dat een jongere onder de zestien jaar er in slaagt tabaksproducten te kopen ligt in 2009, evenals in de voorafgaande jaren, op bijna 90 procent of hoger. Desondanks beweert 97 procent van de ondernemers dat zij nooit tabaksproducten aan jongeren onder de 16 jaar verkopen.
- Ook al lukt het minderjarige jongeren nog steeds om tabaksproducten te kopen, toch blijkt dat de wijziging van de Tabakswet op 1 januari 2003 al met al heeft geleid tot minder verkoop aan jongeren (Verdonk-Kleinjan et al., 2008).

Op 1 januari 2004 is een artikel van de Tabakswet in werking getreden dat werkgevers verplicht om werknemers te beschermen tegen de tabaksrook van anderen.

- Het percentage bedrijven dat aangeeft het rookverbod correct te hebben ingevoerd

steeg tussen 2004 en 2008 van 76 naar 96 procent, en stabiliseerde in 2010 op 94 procent (Kruize et al., 2011).

- Het percentage bedrijven dat knelpunten ervoer bij de invoering van het rookverbod daalde in deze periode van 23 naar 9 procent.
- Het percentage bedrijven dat knelpunten ervoer bij de handhaving van het rookverbod daalde in deze periode van 15 naar 5 procent.
- Steeds meer bedrijven hebben een volledig rookverbod ingesteld.

Per 1 juli 2008 is binnen de horeca het rookverbod ingevoerd. Sinds juli 2011 is er een uitzondering op dit rookverbod voor kleine cafés (< 70 m^2) zonder personeel (Stb. 2011-337). Binnen de horeca worden zes categorieën onderscheiden: cafés en discotheken; restaurants; cafetaria's en snackbars; sportkantines; kunst en cultuur (theaters, bioscopen en musea); hotel en recreatie.

- In hoeverre de horeca het rookverbod naleeft, wordt sinds 2009 elk najaar geïnventariseerd. In 25 gemeenten worden circa 600 horecagelegenheden bezocht, inclusief cafés waar gerookt mag worden.
- In het najaar van 2012 werd in 93 procent van alle horecagelegenheden niemand rokend aangetroffen. Dit is een stijging van twee procent sinds het najaar van 2011 (tabel 10.7). Deze stijging in het percentage horecagelegenheden zonder rokers komt voor een groot deel door een afname van het aantal rokers in cafés en discotheken (Intraval/nVWA, 2012; najaarsmeting).

Tabel 10.7 Afwezigheid rokers per horecacategorie, najaar 2009 - najaar 2012

Jaar	Café & discotheek[I]	Restaurant	Cafetaria	Sportkantine	Kunst & cultuur	Hotel & recreatie	Totaal
2009	73%	100%	100%	100%	100%	98%	95%
2010	49%	99%	99%	98%	100%	98%	90%
2011	57%	100%	100%	97%	99%	95%	91%
2012	61%	99%	100%	99%	99%	97%	93%

Percentage horecagelegenheden zonder rokers. I. Inclusief rookcafés. Bron: Intraval/nVWA.

Accijns

De EU stelt dat de EU-landen de berekening van accijnzen op basis van de gemiddelde kleinhandelprijs (WAP) in plaats van de meest gevraagde prijsklasse (MPPC) moeten uitvoeren. Het doel van deze verandering is om “een neutraal mededingingsklimaat voor de tabaksfabrikanten te scheppen, de fragmentering van tabaksmarkten terug te dringen en meer gewicht te geven aan gezondheidsdoelen” (Richtlijn 2010/12/EU artikel 3). Nederland is in 2011 overgegaan naar de WAP-berekening van de accijnzen (Hamerlijnck, 2013).

- In januari 2013 kostte een pakje van 19 sigaretten in de meest populaire prijsklasse 6,00 euro (tabel 10.8). Omgerekend is dit 7,89 euro voor 25 sigaretten, waarvan 5,51 euro accijns en 1,36 euro BTW. Een pakje shag in de meest populaire prijsklasse van 40 gram kostte 6,80 euro, waarvan 4,36 euro accijns en 1,18 euro BTW (EC, 2013).

Tabel 10.8 Prijzen en belastingdruk op sigaretten, vanaf 1970. Peildatum 2013

Jaar	Prijs	Belastingdruk	Belastingdruk in %
1970	0,86	0,60	69%
1975	1,02	0,68	67%
1980	1,36	0,98	72%
1985	1,88	1,35	72%
1990	1,97	1,37	70%
1995	2,56	1,84	72%
1996	2,61	1,87	72%
1997	2,79	2,01	72%
1998	2,93	2,11	72%
1999	3,04	2,19	72%
2000	3,15	2,27	72%
2001	3,43	2,50	73%
2002	3,54	2,58	73%
2003	3,54	2,63	74%
2004	4,60	3,36	73%
2005	4,60	3,36	73%
2006	5,00	3,65	73%
2007	5,00	3,65	73%
2009	6,05	4,42	73%
2010	6,32	4,62	73%
2011	6,84	4,99	73%
2012	6,84	4,99	73%
2013			
meest populaire klasse	7,89	6,87	87%
gewogen gemiddelde	6,29	5,48	87%

Prijs en belastingdruk in euro per pakje van (omgerekend) 25 stuks. Belastingdruk bevat accijnsdruk en BTW. Tot 2013 alleen de prijzen van de meest populaire prijscategorie. Bron: EC.

Internationale vergelijking

De belastingdruk op tabaksproducten verschilt sterk tussen de lidstaten van de Europese Unie.

- In de EU-15 ligt de accijns het hoogst in het Verenigd Koninkrijk en het laagst in Luxemburg (tabel 10.9). In Nederland ligt de accijns ruim boven het gemiddelde.

Tabel 10.9 Prijzen en belastingdruk op sigaretten in enkele lidstaten van de Europese Unie. Peildatum januari 2013

Land	Prijs	Accijns	BTW	Accijns+BTW	Belastingdruk
Ierland	10,59	6,88	1,84	8,72	82%
VK	9,40	6,79	1,57	8,36	89%
Frankrijk	7,63	4,90	1,25	6,15	81%
Zweden	7,53	4,23	1,51	5,74	76%
Denemarken	6,57	4,07	1,31	5,39	82%
Nederland	6,29	4,39	1,09	5,49	87%
Duitsland	6,10	3,69	0,97	4,66	76%
België	5,97	3,55	1,04	4,59	77%
Italië	5,70	3,32	0,99	4,31	76%
Finland	5,63	3,49	1,09	4,58	81%
Spanje	5,04	3,15	0,87	4,03	80%
Oostenrijk	4,94	2,95	0,82	3,77	76%
Portugal	4,81	2,95	0,90	3,85	80%
Luxemburg	4,80	2,74	0,72	3,46	72%
Griekenland	4,10	2,82	0,77	3,59	87%

Prijs, accijns en BTW in euro per pakje van (omgerekend) 25 sigaretten (gewogen gemiddelden). Bron: EC.

De Tobacco Control Scale (TCS) poogt op landelijk niveau met behulp van zes beleidsindicatoren de inspanningen van landen te meten om het gebruik van tabak te ontmoedigen. De TCS is ontwikkeld door de Association of European Cancer Leagues. Er wordt gebruik gemaakt van objectieve indicatoren en inschattingen van experts. De indicatoren zijn:

  - de prijs van tabaksartikelen;
  - rookverboden in openbare ruimten en werkplekken;
  - hoogte van landelijke budgetten voor tabaksontmoedigingsbeleid;
  - verbod op rookreclame;
  - waarschuwingen op rookwaren;
  - toegankelijkheid stoppen-met-roken programma's.

- In 2007 stond Nederland van de dertig Europese landen die met de TCS werden gescoord op de gedeelde veertiende plaats.
- In 2010 steeg Nederland één plaats naar de gedeelde dertiende plaats van de 31 landen die beoordeeld werden (Joossens en Raw, 2011).

- In 2010 scoorde Nederland ten opzichte van de andere Europese landen op de zes indicatoren van de TCS 'gemiddeld', behalve op de indicator 'verbod op rookreclame' waarop Nederland het beter deed dan het Europese gemiddelde ('boven gemiddeld').

Nederland heeft in 2005 de WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) ondertekend. Het doel van de FCTC is om de huidige en toekomstige generaties te beschermen tegen de gevolgen van tabaksconsumptie en het blootstaan aan tabaksrook[4]. Het International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC Project) heeft tot doel de psychosociale en gedragsmatige invloed van de FCTC wetenschappelijk te meten. In Nederland zijn al vijf surveys onder rokers uitgevoerd (http://www.itcproject.org/countries/netherlands).

Enkele bevindingen:
- Rookverboden worden het meest nageleefd in restaurants, maar minder in cafés en bars (zie ook tabel 8.10).
- Het percentage rokers dat thuis (binnen) rookt is afgenomen.
- Sinds het rookverbod in de horeca is dertien procent van de volwassen Nederlandse rokers gestopt.
- De hoogte van de prijs van de sigaretten is voor 56 procent van de volwassen en voor 74 procent van de jongere rokers een reden om met roken te stoppen.
- In vergelijking met rokers uit 16 andere ITC-landen denken Nederlandse rokers het minst vaak dat roken slecht voor de eigen gezondheid of voor die van anderen is (ITC Project June 2010).

---

[4] Van de verdragsondertekenaars wordt actie gevraagd op de volgende punten: 1) Prijs- en belastingmaatregelen om vraag naar tabak te doen afnemen; 2) tabaksontmoedigingsbeleid beschermen tegen de belangen van de tabaksindustrie; 3) burgers beschermen tegen blootstelling aan tabaksrook; 4) reguleren van ingrediënten van tabaksproducten; 5) gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen moeten minstens 50 procent van het oppervlak van de verpakking beslaan; 6) bewustwordingscampagnes opzetten ter stimulering van tabaksontmoediging; 7) verbod nastreven van tabaksreclame, -promotie en –sponsering; 8) behandelrichtlijnen voor tabaksverslaving ontwikkelen en implementeren; 9) tegen gaan illegale handel in tabaksproducten; 10) verkoop aan minderjaringen bij wet verbieden.

DEEL IV ALCOHOL- EN DRUGSGERELATEERDE CRIMINALITEIT

11 Illegale handel, productie en bezit van illegale drugs

Dit hoofdstuk laat de ontwikkelingen zien in de delicten tegen de Opiumwet - inclusief de opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit - zoals deze zijn geregistreerd door politie en justitie of gerapporteerd in wetenschappelijk onderzoek. De Opiumwet stelt smokkel, handel, productie en bezit van bepaalde drugs strafbaar. De drugs die niet zonder ontheffing op de markt mogen komen staan opgesomd op lijst I en II van de Opiumwet. Lijst I bevat de ‘harddrugs’. Hiertoe behoren onder meer heroïne, cocaïne, ecstasy, amfetamine en LSD. Lijst II bevat de zogenoemde ‘softdrugs’. De belangrijkste drug op deze lijst is cannabis. Zie ook hoofdstuk 2.

Na de samenvatting van de belangrijkste feiten en trends in § 11.1, wordt in § 11.2 gerapporteerd over opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit. § 11.3 gaat in op ontmantelingen van productielocaties van synthetische drugs. § 11.4 beschrijft de Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen aan de hand van:

- door politie en Koninklijke Marechaussee (KMar) geverbaliseerde verdachten;
- de instroom van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie (OM);
- de afdoening van Opiumwetzaken door OM en Rechter in eerste aanleg;
- het aandeel Opiumwetdelinquenten in detentie; en
- de strafrechtelijke recidive van daders van drugsdelicten (Opiumwet en Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën).

De informatie is afkomstig uit registraties van politie en Openbaar Ministerie en uit de Recidivemonitor van het WODC en recent wetenschappelijk onderzoek. Bij de registratiecijfers moet aangetekend worden dat deze geen zicht kunnen geven op de totale drugscriminaliteit, omdat de criminaliteit die niet bekend wordt bij justitiële instanties of die niet geregistreerd wordt, buiten beeld blijft. Bovendien weerspiegelen de registratiecijfers altijd ook de opsporingsprioriteiten en de capaciteit van opsporingsdiensten. De registraties zijn soms incompleet of niet vergelijkbaar over de jaren heen.
De cijfers over 2008-2012 zijn mogelijk beïnvloed door de introductie van nieuwe registratiesystemen bij de politie (Basisvoorziening Handhaving) en OM (Geïntegreerd Processysteem Strafrecht) in 2008. De Algemene Rekenkamer heeft in 2011 geconcludeerd dat het nieuwe systeem bij de politie niet consistent werd geïmplementeerd en gepaard ging met problemen (T.K. 29350-10). Hierdoor zijn de cijfers over de instroom

van verdachten en rechtbankzaken in 2010 niet goed vergelijkbaar met die van de jaren voor 2008. De cijfers zouden volgens de Algemene Rekenkamer incompleet kunnen zijn, maar of dit echt zo is en in welke mate dat het geval zou zijn, is niet bekend. Het probleem zou ook de OM-cijfers kunnen beïnvloeden, maar ook dit is niet bekend. Als gevolg hiervan dienen de cijfers over genoemde jaren met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. De cijfers uit de registratiesystemen van politie (HKS), OM (OMDATA) en de justitiële documentatie worden door het WODC verzameld en opgeslagen in een Datamart Drugs. Voor de NDM worden deze gegevens bewerkt en geanalyseerd. Daarbij worden delicten tegen de Opiumwet en de WVMC als 'Opiumwetdelict' geteld. Delicten waarin harddrugs voorkomen tellen als harddrugsdelict, delicten waarin softdrugs voorkomen als softdrugsdelict, en delicten waarin beide voorkomen als softdrugsdelict.

Registratiesystemen worden regelmatig aangepast en verbeterd. We rapporteren hier uit de meest recente updates. Door de aanpassingen kunnen de cijfers (in lichte mate) verschillen van eerder gerapporteerde cijfers. De meest recente cijfers (in dit Jaarbericht 2011 en waar dit al mogelijk is 2012) hebben altijd een voorlopig karakter. De cijfers bestrijken de periode 2004-2011, waar mogelijk 2004-2012, met uitzondering van de cijfers uit de Recidivemonitor, waarbij voor een langere reeks is gekozen om het recidivepatroon beter in beeld te brengen.

De Opiumwet bevat brede categorieën van drugsdelicten. Het is niet mogelijk om onderscheid te maken tussen productie, binnenlandse handel, vervoer of verkoop. Evenmin kan op basis van de registratiecijfers bij de categorie 'aanwezig hebben' van Opiumwetmiddelen onderscheiden worden of sprake is van geringe hoeveelheden drugs voor eigen gebruik (zie Aanwijzing Opiumwet en hoofdstuk 2) of van aanwezigheid van grotere hoeveelheden drugs. In de landelijke registraties worden namelijk de hoeveelheden drugs die aangetroffen zijn niet vastgelegd.

De volgende ontwikkelingen in opsporing en drugswetgeving zijn relevant als achtergrond bij de cijfers (zie ook hoofdstuk 2):

- De georganiseerde criminaliteit in relatie tot heroïne en cocaïne, synthetische drugs en hennepteelt is sinds 2008 gekwalificeerd als dreiging voor de Nederlandse samenleving en krijgt prioriteit in de opsporing en vervolging (T.K. 29911-17; T.K. 29911-79).
- De verhoogde inspanningen uit het 'Plan van aanpak drugssmokkel Schiphol', die vooral gericht zijn op cocaïne, zijn sinds 2006 structureel. Hetzelfde geldt sinds 2007 voor de inspanningen die voortvloeiden uit de nota 'Samenspannen tegen XTC'.
- Ook de geïntensiveerde aanpak van de hennepteelt loopt nog steeds (sinds 2004).

De aanpak van Opiumwetdelicten speelt zich voor een deel af op lokaal en regionaal niveau. Daarbij wordt gewerkt met een strafrechtelijke, maar ook met een bestuursrechtelijke aanpak. Voor zover het om strafrechtelijke opsporing en handhaving gaat (opsporingsonderzoeken, arrestaties, vervolgingen en afdoeningen) komt de informatie in landelijke databases terecht en daarmee in de cijfers van dit hoofdstuk.

11.1 Laatste feiten en trends

- Het aandeel opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit dat is gericht op drugs, bedraagt 72 procent in 2011. Drugsgerelateerde opsporingsonderzoeken vormen nog steeds de meerderheid (§ 11.2).
- Meestal zijn (ook) harddrugs in het spel, het vaakst cocaïne. Het aandeel harddrugs nam toe ten opzichte van 2010. Het aandeel van onderzoeken gericht op heroïne nam toe in 2011 ten opzichte van 2010 (de cijfers over 2010 zijn echter incompleet, zie § 11.2).
- Het aandeel opsporingsonderzoeken met softdrugs nam toe in 2011 en is in 2011 hoger dan in eerdere jaren (§ 11.2).
- Het aantal ontmantelingen van productielocaties, opslagplaatsen en afvaldumpingen van synthetische drugs nam toe in 2011 ten opzichte van 2010. Het aantal is in 2011 relatief hoog. Er werden meer verdachte transacties gerapporteerd op basis van de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (§ 11.3).
- Er zijn nieuwe (pre)precursoren voor amfetamine en MDMA in beslag genomen in 2011.
- Er is geen PMK in beslag genomen in 2011, evenals in 2010. BMK is wel in beslag genomen, maar minder dan in 2010 (§ 11.3).
- Er is in 2011 meer ecstasy in beslag genomen dan in 2010, 2009 en 2008. Er is ook meer amfetamine in beslag genomen dan in 2010. Daarnaast zijn andere synthetische drugs in beslag genomen (§ 11.3).
- Tweemaal is in 2011 een productielocatie van methamfetamine ontmanteld, even vaak als in 2010. De productie is kleinschaliger dan die van ecstasy en amfetamine (§ 11.3).
- Het aantal Opiumwetzaken lijkt in 2011 en 2012, tegen de dalende trend van het totaal aantal zaken in, toe te nemen. Dit is zichtbaar bij zowel politie, OM en enkel in 2012 bij de rechter (§ 11.4).
- De cijfers van 2011 en 2012 laten een stijging van het aantal softdrugsdelicten zien in de strafrechtsketen. Bij de rechter geldt dit alleen voor 2012. Het aandeel van de softdrugsdelicten overstijgt dat van de harddrugsdelicten, behalve bij de politie waar dit aandeel ongeveer gelijk is aan dat van de harddrugsdelicten (§ 11.4). Mogelijk heeft de toename van softdrugsdelicten in 2012 te maken met het aangescherpte coffeeshopbeleid, dat heeft geleid tot een toegenomen aandacht van politie en OM en tot aanhoudingen van softdrugsdealers.
- In 2011 en 2012 stijgt het aantal verdachten van Opiumwetdelicten. Het aandeel verdachten van softdrugsdelicten stijgt (§ 11.4).
- Er zijn in 2011 en 2012 ook meer Opiumwetzaken ingestroomd bij het Openbaar Ministerie. Softdrugsdelicten zijn hier in de meerderheid (54%). Dit aandeel is hoger dan in 2010 (§ 11.4).
- De rechter deed in 2011 minder Opiumwetzaken af. In 2012 stijgt dit aantal weer. Het aandeel van softdrugsdelicten stijgt in 2012 naar 51 procent en dat van harddrugsdelicten daalt naar 44 procent (§ 11.4).

- In 2012 is het aantal Opiumwetzaken met als sanctie een door de rechter opgelegde taakstraf groter dan het aantal zaken met een onvoorwaardelijke gevangenisstraf. In 2011 was het aantal zaken met een taakstraf iets kleiner dan dat met een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf (§ 11.4).
- In 2012 zat 15 procent van de gedetineerden in de gevangenis vanwege een Opiumwetdelict, minder dan in 2011 (§ 11.4).
- Van de in 2009 voor een Opiumwetgerelateerd delict vervolgde personen recidiveerde rond vijf procent binnen een jaar opnieuw specifiek met een drugsdelict. Deze specifieke recidive loopt op in de loop van de tijd: bij de cohorten die langer gevolgd zijn is de recidive na 10 jaar rond 28 procent. De recidive van de meer recente cohorten is lager dan die van eerdere cohorten. Harddrugsdelinquenten recidiveren vaker voor enig delict en ook voor ernstige delicten dan softdrugsdelinquenten (§ 11.4).

11.2 Opiumwetdelicten en georganiseerde drugscriminaliteit

Opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit in relatie tot drugs

De dienst IPOL van het Korps Landelijke Politie Diensten (KLPD) levert elk jaar voor Europol cijfers over het aantal opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit. Dit gebeurt in het kader van de European Serious and Organised Crime Threat Assessment (SOCTA). De Nationale Recherche, de 25 politieregio's en de bijzondere opsporingsdiensten leveren hiervoor hun lopende en afgesloten opsporingsonderzoeken aan die voldoen aan de EU-criteria voor ernstige en georganiseerde criminaliteit (tabel 11.1).[1] Door veranderingen in de registratiemethoden zijn de cijfers door de jaren heen niet vergelijkbaar. In tabel 11.1 zijn de breuken in de vergelijkbaarheid met stippellijnen aangegeven. De informatie over 2005 betreft niet het gehele kalenderjaar. Vanaf 2006 heeft een ruimere dataverzameling plaatsgevonden, waardoor het totale aantal vanaf dat jaar aanmerkelijk hoger is dan in voorafgaande jaren. Met name het hogere aantal onderzoeken naar de handel in softdrugs is hierdoor beïnvloed. De cijfers over 2010 zijn niet compleet.

- In 2011 is 72 procent van de opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit gericht op drugs. Dit lijkt lager dan in 2010 en 2009, maar of er echt sprake is van een dalende trend valt lastig te zeggen omdat de cijfers van 2010 incompleet zijn. Drugsgerelateerde onderzoeken vormen wel nog steeds veruit de meerderheid van de opsporingsonderzoeken.
- Bij de meeste drugsgerelateerde opsporingsonderzoeken zijn (ook) harddrugs in het spel (76%). Dit aandeel nam toe ten opzichte van 2010 en 2009, maar over de langere termijn lijkt een afnemende trend waarneembaar.

1 Incidenteel kunnen beschrijvingen gerapporteerd zijn over actieve groepen waarop nog geen opsporingsonderzoek is gestart.

- Onderzoeken naar harddrugs betreffen meestal cocaïne (75%). Dit aandeel is hoger dan in 2010. Synthetische drugs komen op de tweede plaats (41%). Dit aandeel nam af ten opzichte van 2010. Op de derde plaats komt heroïne (27%). Dit aandeel nam toe ten opzichte van 2010.
- Het aandeel zaken met (ook) softdrugs nam toe en is in 2011 hoger dan in de jaren ervoor (nu 69%).
- Er zijn in 2011 meer onderzoeken naar criminele organisaties die zich bezig houden met hard- én softdrugs dan in 2010 (45% in 2011).

Tabel 11.1 Opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit, naar drugsonderzoeken en hard- en softdrugs, 2004-2011

	2004	...[I]	2005[II]	...	2006[III]	2007	2008	2009	...	2010[IV]	2011
Totaal aantal onderzoeken	289	...	(176)	...	333	328	352	272	...	(123)	318
- aantal gericht op drugs	200	...	(127)	...	250	235	247	203	...	(95)	230
- % gericht op drugs	69%	...	72%	...	75%	72%	70%	75%	...	77%	72%
Hard/softdrugs[V]											
- % met harddrugs	84%	...	85%	...	79%	83%	76%	72%	...	73%	76%
- % met softdrugs	27%	...	41%	...	60%	67%	65%	67%	...	68%	69%
- % met alleen harddrugs	69%	...	59%	...	40%	36%	35%	33%	...	32%	31%
- % met alleen softdrugs	11%	...	15%	...	21%	20%	24%	28%	...	27%	24%
- % met hard- en softdrugs	16%	...	26%	...	39%	47%	41%	40%	...	41%	45%
Aantal onder-zoeken met harddrugs	168	...	108	...	198	194	188	147	...	69	175
Type harddrug											
- % cocaïne	57%	...	54%	...	68%	77%	76%	78%	...	70%	75%
- % synthetische drugs	39%	...	44%	...	43%	40%	46%	41%	...	51%	41%
- % heroïne	18%	...	29%	...	29%	20%	22%	25%	...	20%	27%

I. … staat voor breuk in vergelijkbaarheid van cijfers. II. Cijfers 2005 betreffen de periode januari-november. III. Vanaf 2006 is een bredere selectie toegepast, waardoor de aantallen, met name met betrekking tot handel/smokkel softdrugs, substantieel hoger zijn. IV. Cijfers 2010 zijn incompleet. V. Binnen een onderzoek kan sprake zijn van handel in en of productie van meerdere soorten drugs. Percentages tellen daarom niet op tot 100%. Bron: KLPD/IPOL.

11.3 Inbeslagnames en ontmantelingen van productielocaties

In beslag genomen drugs

In 2011 hebben zeven van de 25 politieregio's geen gegevens over hun inbeslagnames aan het KLPD aangeleverd. De cijfers zijn dus niet compleet. Ook is bekend dat het moeilijk is om in beslag genomen drugs op een precieze en vergelijkbare manier te wegen, bijvoorbeeld in gevallen waarin de drugs geïmpregneerd zijn in kleding of opgelost in vloeistof, en vooral als het gaat om grote hoeveelheden drugs (Inspectie Openbare Orde en Veiligheid, 2012). Vanwege deze problemen met de betrouwbaarheid en validiteit van de data worden de cijfers hier afgerond gepresenteerd. Een vergelijking met eerdere jaren is niet verantwoord. De cijfers moeten terughoudend geïnterpreteerd worden. Een uniform protocol voor de transactie en registratie van inbeslagnames door de politie is in een proces van ontwikkeling en implementatie, dat op dit moment wordt verbeterd (T.K. 29628-258).
Tabel 11.2 laat de door de politie (KLPD) gerapporteerde inbeslagnames in 2011 zien, exclusief synthetische drugs (deze worden in de volgende tabellen gerapporteerd en zijn afkomstig uit een andere bron). Bijna alle typen drugs die in 2010 in beslag werden genomen zijn ook in 2011 gerapporteerd; alleen morfine is niet in beslag genomen in 2011.

Tabel 11.2 Inbeslagnames van drugs, 2011[I,II]

Soort drug	Hoeveelheid
Opium	1 kilogram
Heroïne	400 kilogram en 370 bolletjes
Morfine	-
Cocaïne	10 duizend kilogram en + 1 800 bolletjes
Methadon	235 gram en 11 duizend tabletten
Hashish	duizend kilogram
Marihuana	5 duizend kilogram
Paddo's	1 kilogram
Nederwiet:	
- hennepplanten	2 miljoen planten
- hennepstekken	200 duizend stekken
- henneptoppen	13 duizend toppen

I. Zeven politieregio's hebben geen informatie aangeleverd. Inclusief douane en KMar. II. Afgeronde cijfers.
Bron: KLPD/IPOL.

Over inbeslagnames van synthetische drugs wordt jaarlijks gerapporteerd door het KLPD, de Dienst Nationale Recherche (KLPD, 2012). Ook deze cijfers kunnen incompleet zijn, aangezien er geen verplichting bestaat om cijfers aan het KLPD te rapporteren.

Aangenomen wordt dat het met de validiteit van deze cijfers voldoende gesteld is door de speciale expertise bij het KLPD en de betrokkenheid van de speciale unit voor synthetische drugs bij zaken van synthetische drugs. Deze cijfers worden hier gerapporteerd. Hierbij worden ook cijfers over eerdere jaren gegeven.

- In 2011 is meer ecstasy/MDMA in beslag genomen dan in 2010, 2009 en 2008 (tabel 11.3).
- Er is in 2011 meer amfetamine in beslag genomen dan in 2010 (tabel 11.3).
- Andere soorten synthetische drugs die in 2011 in beslag zijn genomen zijn:
  - Methamfetamine: rond 35 kilogram (in 2010: rond 45 kilogram);
  - Mefedron: 0,5 kilogram (in 2010: 109 kilogram);
  - mCCP: geen (in 2010: ruim 5 000 tabletten);
  - LSD: geen (in 2010: ruim 6 400 eenheden);
  - 2-PEA: geen (in 2010: 4 000 tabletten);
  - Ketamine: rond 19 kilogram (in 2010: 5 kilogram);
  - GHB: 270 liter (in 2010 werd door het KLPD/IPOL 3 kilogram en 38 liter gerapporteerd).
- Sommige synthetische drugs zijn in 2011 niet of veel minder dan in 2010 gerapporteerd (mefedron, mCCP, LSD en 2-PEA).

Tabel 11.3 Inbeslagnames van amfetamine en ecstasy/MDMA in Nederland, 2006-2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Amfetamine:						
- Poeder (in kilogram)	633	2 805	1 106	1 946	66	530
- Tabletten	38 077	1 391	0	0	0	0
- Pasta (in kilogram)	3	40	121	466	546	544
- Olie (in liters)	5	241	65	0	57	76
MDMA:						
- Tabletten	4 118 252	8 430 043	249 761	172 845	555 401	1 059 534
- Poeder (in kilogram) Olie (in liters)	664 120	1 319 1,74	84 300	3,4 0	66 0	200 10

Bron: Jaarverslag synthetische drugs en precursoren 2011, 2012.

In beslag genomen precursoren

Over precursoren rapporteert het KLPD (2012) het volgende:

- Zowel precursoren als preprecursoren voor amfetamine en ecstasy/MDMA zijn in 2011 in beslag genomen (tabel 11.4). Opmerkelijk is dat nieuwe soorten van beide in beslag zijn genomen.
- PMK is in 2011 niet in beslag genomen. Van BMK is minder in beslag genomen dan in 2010.
- Ook GBL is in 2011 in beslag genomen. In 2010 werd zeven maal gewag gemaakt van een vondst van GBL (niet in tabel). In 2009 was dit tweemaal het geval (niet in tabel). Er bestaat geen verplichting tot rapportage, maar GBL staat wel op de EU lijst

van vrijwillige monitoring. Dit betekent dat bedrijven en firma's die met dit middel werken op vrijwillige basis kunnen rapporteren.

Tabel 11.4 In beslag genomen (pre)precursoren voor productie van synthetische drugs, 2004-2011[I]

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BMK	6 280	340	171	-	231	258	334	139
PMK	4 400	1 762	55	20	-	40	-	-
PMK-glycidate	-	-	-	-	-	-	1 200 (kilo)	100
Safrol	-	-	-	-	-	20	85	105
(Pseudo-)efedrine	-	-	-	-	317 (kilo)	587 (kilo)	508 (kilo)	-
APAAN								2 810
Benzylacetone								1 440
GBL[II]								3 740

I. In liters, tenzij anders aangegeven. II. Precursor voor GHB. Bron: Jaarverslag synthetische drugs en precursoren 2011, 2012.

Ontmantelingen van productielocaties

- Volgens de Criminaliteitsbeeld analyse hennepteelt van het KLPD (Jansen, 2012) zijn in 2011.
- 5 435 hennepkwekerijen ontmanteld. Dit aantal verschilt niet substantieel van eerdere jaren.
- Siesling, Smeets en Spapens (2011) analyseerden 235 dossiers van thuistelers. Zij rapporteren dat de interesse om een kwekerij op te starten groot is en dat het voor kopers van cannabis gemakkelijk is om, als een kweker wordt opgepakt door de politie, een vervanger te krijgen.
- 52 Procent van de thuiskwekerijen wordt ontdekt door anonieme meldingen bij de politie door burgers (Siesling et al., 2011; Jansen, 2012). Ontdekking bij politie-acties maakt 18 procent uit, in 25 procent van de gevallen volgt ontdekking na andere soorten van meldingen, en in 8 procent van de gevallen wordt de kwekerij ontdekt doordat er brand uitbreekt, door wateroverlast, of door warmtestraling (Siesling et al., 2011).
- Er zijn grote regionale verschillen in het aantal ontmantelingen. De politieregio's West-Brabant en Rotterdam-Rijnmond rapporteren het hoogste aantal.

Over ontmantelingen van productielocaties van synthetische drugs, opslagplaatsen van hardware en chemicaliën en dumpingen van chemisch afval van de productie van synthetische drugs wordt jaarlijks gerapporteerd door het KLPD (KLPD, 2012).

- Er zijn in 2011 30 ontmantelingen van productielocaties in Nederland geregistreerd, meer dan in 2010 (tabel 11.5). Dit aantal is relatief hoog in vergelijking met andere jaren.

- Op zes locaties werd amfetamine gesynthetiseerd, drie minder dan in 2010.
- Op vier locaties werd MDMA/ecstasy gesynthetiseerd, twee meer dan in 2010.
- Op twee locaties werd methamfetamine gesynthetiseerd, even veel als in 2010. De productie is kleinschaliger dan die van amfetamine en MDMA/ecstasy.
- Vijfmaal werden er op een locatie andere (designer)drugs geproduceerd, één minder dan in 2010.
- Op twee locaties werd APAAN of safrol omgezet in PMK. Er zijn meer conversielaboratoria voor APAAN ontmanteld dan in 2010, met name van APAAN.
- 16 Maal vond op een locatie kristallisatie plaats en zeven maal vond (ook) tablettering plaats, vooral van amfetamine of MDMA/ecstasy.
- In 2011 zijn 50 opslagplaatsen van hardware, chemicaliën of beide gevonden, negen meer dan in 2010.
- Het aantal geregistreerde afvaldumpingen nam eveneens toe ten opzichte van 2010 (55 dumpingen) en er zijn indicaties dat ook andere methoden van afvalverwerking gebruikt worden.
- De Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC) verplicht bedrijven om verdachte transacties in geregistreerde chemicaliën te melden aan de Fiscale Inlichtingen en Opsporings Dienst (FIOD). In 2010 zijn 87 verdachte transacties gemeld, meer dan in voorgaande jaren (niet in tabel).

Tabel 11.5 Aantal ontmantelde productielocaties en geregistreerde dumpingen van chemisch afval van de productie van synthetische drugs, 2004-2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Productielocaties	29	18	23	15	21	24	19[I]	30
Opslagplaatsen	14	19	43	44	35	37	41	50
Afvaldumpingen	81	51	42	50	36	34	35	55

I. Het KLPD rapporteert in januari 2012 20 ontmantelingen van productielocaties in 2010. Bron: Jaarverslag synthetische drugs en precursoren 2011, 2012.

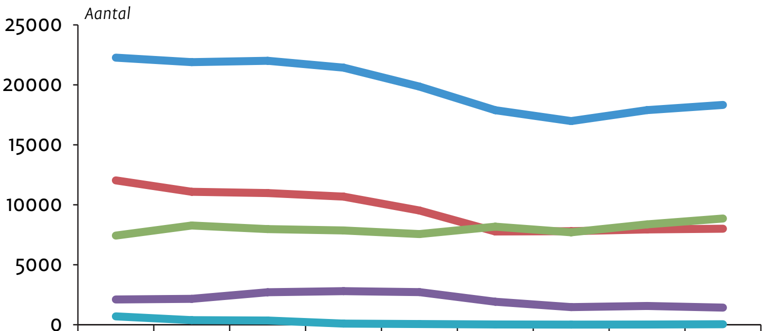
11.4 Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen

Verdachten van Opiumwetdelicten bij de politie

In 2011 komt het aantal verdachten van Opiumwetdelicten - na een tijdelijke daling in 2010 - weer op het niveau uit van 2009. In 2012 stijgt het aantal verdachten wederom (figuur 11.1). Het aandeel verdachten van harddrugsdelicten daalt en dat van softdrugsdelicten stijgt in 2011 en 2012. Het aandeel verdachten van hard- en softdrugsdelicten daalt in 2012. Dit is het beeld dat uit de aangeleverde cijfers van de politie naar voren komt. De cijfers over 2012 zijn echter nog voorlopig en mogelijk (en zo ja, in nog onbekende mate) beïnvloed door de Basisvoorziening Handhaving bij de politie (het nieuwe registratiesysteem), waardoor ze lastig te vergelijken zijn met die uit voorgaande jaren.

- Het aantal verdachten dat voor een Opiumwetdelict is geverbaliseerd door politie of Koninklijke Marechaussee bedraagt in 2011 en in 2012 rond de 18 duizend.
- In 2011 en 2012 is 44 procent van de verdachten opgepakt vanwege een harddrugsdelict. Voor verdachten van softdrugsdelicten is dit respectievelijk 47 en 48 procent (45% in 2010) en voor een gecombineerd hard- en softdrugsdelict 9 en 8 procent.

Figuur 11.1 Aantal verdachten[1] Opiumwetdelicten bij politie en Koninklijke Marechaussee naar hard- en softdrugs, 2004-2012



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Opiumwet - Totaal	22269	21895	22008	21437	19858	17887	16982	17894	18327
Opiumwet - Harddrugs	12035	11084	10978	10682	9524	7774	7799	7946	8005
Opiumwet - Softdrugs	7433	8273	7973	7860	7559	8176	7705	8368	8855
Opiumwet - Hard- en softdrugs	2105	2158	2708	2799	2718	1916	1468	1563	1427
Opiumwet - Overig/onbekend	696	380	349	93	57	21	10	17	40

1. Teleenheid is het aantal maal dat in het HKS een verdachte met een proces-verbaal Opiumwet is aangetroffen.

Bron: HKS, KLPD/DNRI.

- Het aandeel verdachten van Opiumwetdelicten op alle verdachten daalt van 7,5 procent in 2004 naar 6,6 procent in 2009. Vanaf 2010 neemt het aandeel Opiumwetverdachten weer toe naar 7,0 procent in 2011 en 7,8 procent in 2012. Deze stijging komt voornamelijk voor rekening van de stijging van softdrugsverdachten. Het aantal Opiumwetzaken - vooral softdrugszaken - lijkt dan ook de afgelopen jaren, tegen de dalende trend van het totaal aantal zaken in, toe te nemen (tabel 11.6). De toename van softdrugsdelicten kan te maken hebben met de toegenomen aandacht van de politie voor deze delicten (met name dealen) als gevolg van het aangescherpte coffeeshopbeleid (Van Ooyen et al., 2013).

Tabel 11.6 Aandeel (in %) van verdachten van Opiumwetdelicten van het totaal aantal verdachten[I], 2004-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
% Opiumwet	7,5%	7,3%	7,3%	6,9%	6,8%	6,6%	6,7%	7,0%	7,8%
Verdachten totaal (afgerond, *1 000)	295	299	303	310	290	270	252	256	234

I. Totaal van alle verdachten, niet alleen Opiumwet. Bron: HKS, KLPD/DNRI.

- De meeste verdachten zijn man (tabel 11.7).
- Voor 43 procent van de verdachten is het delict uit 2012 het eerste geregistreerde delict. Zij zijn 'first offender' van een misdrijf, ongeacht welk type, dus niet enkel van een Opiumwetmisdrijf. In de jaren ervoor schommelde dit rond de 40 procent.
- De overigen zijn al eerder met de politie in aanraking geweest. Een derde heeft vijf of meer criminele antecedenten, zestien procent heeft er meer dan tien. Verdachten van harddrugsdelicten hebben gemiddeld een hoger aantal antecedenten dan verdachten van softdrugsdelicten. Dit patroon verschilt niet van eerdere jaren.
- De verdachten zijn meestal tussen de 18 en 44 jaar. Verdachten onder de 18 en boven de 55 jaar vormen een minderheid. Softdrugsverdachten zijn over het geheel genomen ouder dan harddrugsverdachten.

Tabel 11.7 Kenmerken van verdachten Opiumwetdelicten, naar hard- en softdrugs, 2012[I]

		Harddrugs	Softdrugs	Beide	Totaal[II]
Totaal aantal		*7 541*	*8 430*	*1 405*	*17 399*
Geslacht	Man	87%	84%	87%	85%
	Vrouw	13%	16%	13%	15%
Aantal antecedenten[III]	1	41%	45%	35%	43%
	2	11%	12%	12%	12%
	3-4	12%	14%	14%	13%
	5-10	17%	16%	20%	17%
	11-20	10%	8%	12%	9%
	21-50	7%	4%	6%	5%
	> 51	2%	1%	1%	1%
Leeftijd bij registratie laatste delict					
	12-17 jaar	2%	3%	5%	3%
	18-24 jaar	31%	20%	24%	25%
	25-34 jaar	34%	31%	33%	32%
	35-44 jaar	19%	23%	21%	21%
	45-54 jaar	10%	15%	12%	13%
	55-64 jaar	2%	6%	5%	4%
	≥ 65 jaar	0%	1%	1%	1%

I. Teleenheid wordt gevormd door unieke verdachten; elke verdachte is éénmaal geteld, ook al wordt hij/zij in een jaar vaker dan éénmaal voor een Opiumwetdelict geverbaliseerd. II. In 23 gevallen is de soort drug onbekend. Deze categorie is hier niet opgenomen. III. Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal is opgemaakt; het betreft antecedenten uit de totale criminele geschiedenis inclusief het huidige politiecontact. Bron: HKS, KLPD/DNRI.

Instroom van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie

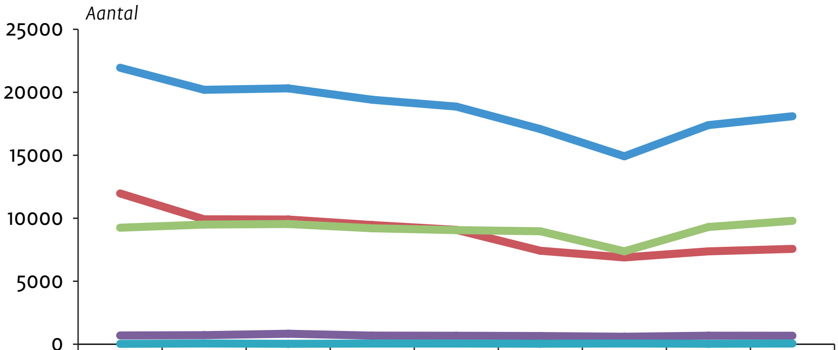
Opiumwetzaken worden vervolgd conform de beleidsregels in de Aanwijzing Opiumwet van het Openbaar Ministerie (OM, zie www.om.nl). Niet alle zaken worden door de politie doorgestuurd naar het OM. Zo heeft de politie de bevoegdheid om voor bepaalde delicten een transactie aan te bieden, bijvoorbeeld bij het bezit van minder dan 0,5 gram heroïne of cocaïne (zie hoofdstuk 2). Door betaling van de transactie wordt de zaak afgedaan en niet doorgestuurd naar het OM.

Figuur 11.2 laat de instroom van Opiumwetzaken bij het OM zien. Evenals bij de politiecijfers is ook hier de algemene trend waarneembaar van een stijgend totaal aantal zaken. Het percentage harddrugszaken nam af, terwijl het percentage softdrugszaken steeg.

- Tussen 2010 en 2012 stijgt het aantal bij het OM ingestroomde zaken van bijna 15 duizend naar 18 duizend. Dit is een aanzienlijke stijging: plus ruim 20 procent.

- Deze stijging is vooral waarneembaar bij softdrugszaken: plus 33 procent. Harddrugszaken en gecombineerde hard- en softdrugszaken stijgen ook substantieel: plus 14 procent.
- Het aantal zaken bij het OM betreft vaker softdrugs (54%) dan harddrugs (42%).
- Het aandeel Opiumwetzaken bij het OM op de totale instroom daalt van 8,0 procent in 2004 naar 7,0 procent in 2010 met een tijdelijke piek in 2009 (7,3%). Vanaf 2010 neemt het aandeel Opiumwetzaken weer toe naar 7,5 procent in 2011 en 8,0 procent in 2012. De stijging komt voornamelijk voor rekening van de stijging van softdrugszaken. Het aantal Opiumwetzaken, vooral softdrugszaken, lijkt dan ook de afgelopen jaren tegen de dalende trend van het totaal aantal zaken in, toe te nemen (tabel 11.8).

Figuur 11.2 Aantal Opiumwetzaken[I] ingestroomd bij het Openbaar Ministerie, naar hard- en softdrugs[II], 2004-2012



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Opiumwet totaal	21950	20198	20313	19408	18866	17081	14919	17396	18098
Harddrugs	11972	9919	9902	9463	9081	7421	6890	7374	7570
Softdrugs	9250	9500	9544	9206	9058	8968	7377	9307	9796
Hard- en softdrugs	697	720	833	686	674	652	595	678	676
Onbekend	31	59	34	53	53	40	57	37	56

I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. II. Een gering aantal Opiumwetzaken laat zich niet indelen in een van de categorieën. Deze zaken zijn hier niet opgenomen. Bron: OMDATA, WODC.

Tabel 11.8 Aandeel (in %) van Opiumwetzaken op totale instroom OM, 2004-2012

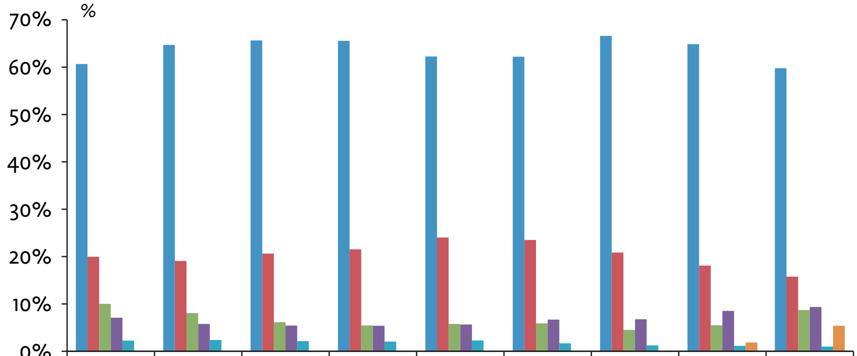
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
% Opiumwet	8,0%	7,5%	7,5%	7,1%	7,1%	7,3%	7,0%	7,5%	8,0%
Verdachten totaal (afgerond, *1 000)	276	269	270	275	264	234	214	232	226

Bron: OMDATA, WODC.

Afdoening van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie

- In 2011 zijn de meeste verdachten van een Opiumwetdelict door het OM voor de rechter gebracht (gedagvaard) (figuur 11.3). Dit geldt ook in 2012. Het percentage dagvaardingen daalt voor het eerst in jaren van 65 procent in 2011 naar 60 procent in 2012. Dit lijkt veroorzaakt te worden door de opkomst van de strafbeschikking (1,9% in 2011 en 5,4% procent in 2012) en een forse stijging van het aantal beleidssepots in die laatste twee jaren: bijna anderhalf keer meer dan in 2010 (plus 140%). Bij een strafbeschikking legt het OM zelf een sanctie op (zie hoofdstuk 2).
- De toename van het aantal beleidssepots is het meest zichtbaar voor softdrugszaken: in 2011 neemt het aandeel beleidssepots toe naar 5,7 procent (was 3,5% in het jaar daarvoor). In 2012 (10,2%) is het aantal softdrugszaken dat met een beleidssepot eindigt bijna drie keer hoger dan in 2010 (plus 288%). Het aandeel beleidssepots van alle Opiumwetzaken komt in 2011 uit op 5,5 procent en in 2012 komt dit uit op 8,7 procent, tegenover 4,5 procent in 2010.
- Het percentage van harddrugszaken dat in 2011 (65%) en in 2012 (60%) voor de rechter wordt gebracht is steeds hoger dan dat van softdrugszaken (63% in 2011 en 58% in 2012). Dit betekent dat relatief iets meer softdrugszaken zonder tussenkomst van de rechter beëindigd worden.
- In 2011 en 2012 komen de eerste strafbeschikkingen bij Opiumwetdelicten in beeld. Het aandeel van de strafbeschikkingen bedraagt aanvankelijk twee procent in 2011 en ruim vijf procent in 2012.
- De strafbeschikkingen komen nu deels in de plaats van de transacties. In 2010 was het aandeel transacties nog 21 procent. In 2011 is dit 18 procent en in 2012 is het aandeel van de transacties gedaald naar 16 procent. Daarmee eindigt momenteel nog ruim één op de zes Opiumwetzaken in een transactie door het OM. Hiertoe behoren financiële transacties, maar ook vergoeding van schade, leerprojecten of werkstraffen. Het grootste deel van de OM-transacties bestaat uit financiële transacties. In 2012 waren het er ruim 2 200. In 2011 waren het er nog ruim 2 500. Tussen 2004 en 2008 lag het aantal financiële transacties nog rond de 4 000 met een piek in 2004 (ruim 4 500). Vanaf 2009 daalt het aantal fors. Het bedrag (mediaan) dat gemoeid is met de financiële transacties is 250 euro in 2012; dit is 20 euro lager dan in 2011. Het mediane transactiebedrag schommelt in de periode 2004-2012 tussen de 320 en 250 euro.
- Zaken waarin hard- én softdrugs een rol spelen brengt het OM relatief het vaakst voor de rechter (83%). Dit geldt zowel in 2011 als in 2012.
- In 2004 waren er relatief veel beleidssepots, met name bij harddrugszaken. Dit had te maken met het beleid voor drugskoeriers op Schiphol. Het aandeel beleidssepots daalde sinds 2005 weer naar 5 procent. Zoals boven beschreven is er recent weer sprake van een flinke stijging, vooral bij softdrugszaken, maar ook bij harddrugszaken.
- Het aandeel technische sepots stijgt in aanzienlijke mate in 2011 en 2012 naar 9 procent. In 2010 kwam dit nog voor in zeven procent van de Opiumwetzaken. Voegingen komen betrekkelijk weinig voor.

Figuur 11.3 **Afdoening Openbaar Ministerie in Opiumwetzaken (in %), 2004-2012**[I]



	2004; N=20944	2005; N=19828	2006; N=20523	2007; N=18540	2008; N=18810	2009; N=17160	2010; N=14426	2011; N=15101	2012; N=17770
Dagvaarding	60,7%	64,7%	65,6%	65,6%	62,3%	62,2%	66,6%	64,9%	59,8%
Transactie	20,0%	19,1%	20,6%	21,5%	24,0%	23,5%	20,9%	18,1%	15,8%
Beleidssepot	10,0%	8,1%	6,1%	5,5%	5,8%	5,9%	4,5%	5,5%	8,7%
Technisch sepot	7,1%	5,8%	5,4%	5,4%	5,7%	6,7%	6,8%	8,5%	9,4%
Voeging	2,3%	2,4%	2,1%	2,1%	2,3%	1,7%	1,3%	1,2%	1,0%
Strafbeschikking	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	5,4%

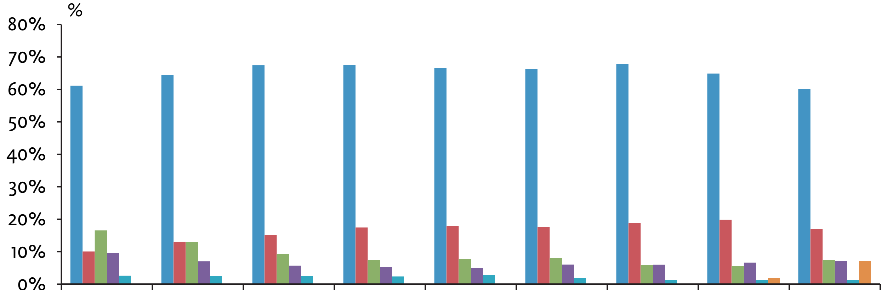
I. De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA, WODC.

Er zijn in 2011 en 2012, net als in voorgaande jaren, verschillen in afdoening door het OM tussen harddrugszaken, softdrugszaken en zaken met zowel hard- als softdrugs (figuur 11.4 a-b-c):

- Harddrugszaken worden wat vaker gedagvaard dan softdrugszaken. Het aandeel dagvaardingen is echter het hoogst als het gaat om zaken met een combinatie van hard- én softdrugs.
- Transacties kwamen tot en met 2010 het meest voor in softdrugszaken en het minst in zaken met hard- en softdrugs. Na dit jaar vindt een verschuiving plaats: in 2011 en 2012 is het aandeel transacties in harddrugszaken hoger dan in softdrugszaken. Mogelijk hangt dit samen met de opkomst van de strafbeschikking OM. Deze "vervangt" immers de transactie.
- De strafbeschikkingen komen in 2011 en 2012 voor het eerst in beeld. In 2012 worden relatief meer strafbeschikkingen in harddrugszaken opgelegd, 7 procent. In softdrugszaken is dit 4 procent op het totaal aantal OM afdoeningen.
- Beleidssepots werden tot en met 2010 relatief het meest toegepast bij harddrugszaken en minder in softdrugszaken en zaken met een combinatie van hard- en softdrugs. In 2011 en 2012 vindt hier een kentering plaats: in deze jaren is het aandeel beleidssepots aanzienlijk gestegen, het meest bij softdrugszaken. Hierdoor komt het aandeel beleidssepots bij softdrugszaken nu hoger uit dan bij harddrugszaken. Technische sepots komen het minst voor in zaken met hard- en softdrugs.

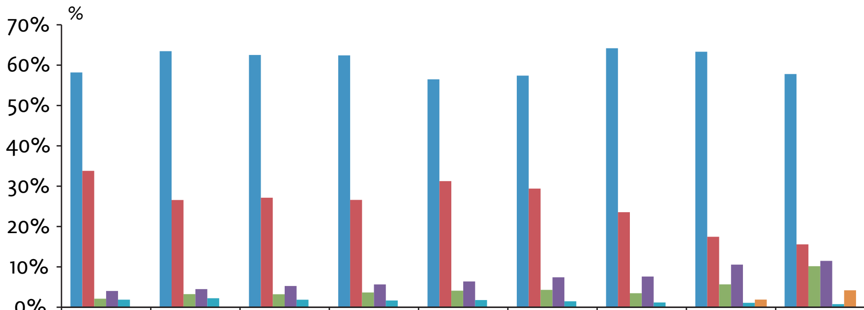
Figuur 11.4 Opiumwetzaken afgedaan door Openbaar Ministerie, naar type beslissing, 2004-2012, (a) harddrugs, (b) softdrugs, (c) hard- en softdrugs[I]

(a) Opiumwet – Harddrugs



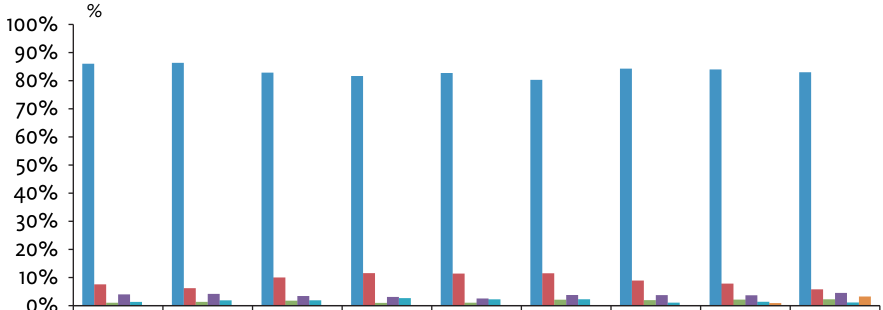
	2004; N=11479	2005; N=9884	2006; N=10029	2007; N=9125	2008; N=9134	2009; N=7584	2010; N=6638	2011; N=6822	2012; N=7477
Dagvaarding	61,1%	64,4%	67,4%	67,5%	66,6%	66,3%	67,9%	64,9%	60,1%
Transactie	10,1%	13,1%	15,1%	17,5%	17,9%	17,7%	18,9%	19,8%	17,0%
Beleidssepot	16,6%	12,9%	9,3%	7,5%	7,8%	8,1%	5,9%	5,5%	7,4%
Technisch sepot	9,6%	7,0%	5,7%	5,2%	4,9%	6,0%	6,0%	6,6%	7,1%
Voeging	2,6%	2,6%	2,4%	2,4%	2,8%	1,9%	1,3%	1,2%	1,3%
Strafbeschikking	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	7,1%

(b) Opiumwet - Softdrugs



	2004; N=8763	2005; N=9155	2006; N=9672	2007; N=8669	2008; N=8955	2009; N=8883	2010; N=7205	2011; N=7605	2012; N=9549
Dagvaarding	58,2%	63,5%	62,5%	62,4%	56,5%	57,4%	64,2%	63,3%	57,8%
Transactie	33,8%	26,6%	27,1%	26,6%	31,3%	29,4%	23,6%	17,5%	15,6%
Beleidssepot	2,1%	3,2%	3,2%	3,7%	4,1%	4,3%	3,5%	5,7%	10,2%
Technisch sepot	4,0%	4,5%	5,3%	5,7%	6,4%	7,4%	7,6%	10,6%	11,5%
Voeging	1,9%	2,2%	1,9%	1,7%	1,8%	1,5%	1,2%	1,1%	0,8%
Strafbeschikking	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	4,2%

(c) Opiumwet – Gecombineerde hard- en softdrugszaken



	2004; N=673	2005; N=740	2006; N=788	2007; N=709	2008; N=666	2009; N=660	2010; N=560	2011; N=650	2012; N=706
Dagvaarding	86,0%	86,4%	82,9%	81,7%	82,7%	80,3%	84,3%	84,0%	83,0%
Transactie	7,6%	6,2%	10,0%	11,6%	11,4%	11,5%	8,9%	7,8%	5,8%
Beleidssepot	1,0%	1,4%	1,8%	1,0%	1,1%	2,1%	2,0%	2,2%	2,3%
Technisch sepot	4,0%	4,2%	3,4%	3,1%	2,6%	3,8%	3,8%	3,7%	4,5%
Voeging	1,3%	1,9%	1,9%	2,7%	2,3%	2,3%	1,1%	1,4%	1,1%
Strafbeschikking	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	3,3%

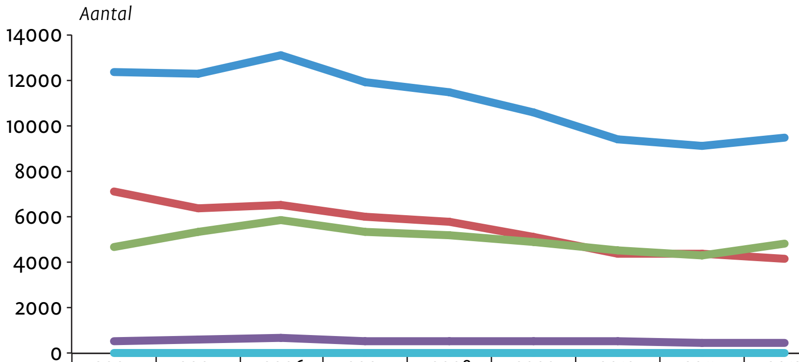
I. De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA, WODC.

Afdoening door de rechter in eerste aanleg

De afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter is de afgelopen jaren gestabiliseerd, na een in 2010 ingezette daling. De dalende lijn in het aandeel harddrugszaken en een stijgende lijn in het aandeel softdrugszaken wordt gecontinueerd (figuur 11.5 en tabel 11.9).

- De rechter heeft in 2011 en in 2012 ruim negenduizend Opiumwetzaken afgedaan, hetgeen niet veel afwijkt van 2010.
- Het percentage softdrugszaken door de rechter afgedaan stijgt. Van de Opiumwetzaken afgedaan in 2011 was ruwweg de helft een harddrugszaak of een softdrugszaak. In 2012 was 51 procent een softdrugszaak en 44 procent een harddrugszaak. In 2010 was 48 procent een softdrugszaak en 47 procent een harddrugszaak. Een klein deel betreft zaken met hard- én softdrugs; dit aandeel blijft de afgelopen jaren constant op vijf procent.
- Opiumwetzaken vormen in 2012 meer dan acht en een half procent van het totale aantal door de rechter afgedane zaken. Sinds 2006 was een dalende lijn in het aandeel Opiumwetzaken waarneembaar. Vanaf 2009 stijgt het aandeel weer. In 2012 stijgt het aandeel Opiumwetzaken in aanzienlijke mate. De stijging komt voornamelijk voor rekening van de stijging van softdrugszaken. Het aantal Opiumwetzaken, vooral softdrugszaken, lijkt dan ook de afgelopen jaren tegen de dalende trend van het totaal aantal zaken in, toe te nemen (tabel 11.8).

Figuur 11.5 Aantal door rechter afgedane zaken naar hard- en softdrugs in eerste aanleg, 2004-2012[I]



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Opiumwet totaal	12346	12288	13104	11927	11499	10601	9427	9118	9491
Harddrugs	7082	6344	6550	6040	5805	5135	4392	4355	4152
Softdrugs	4701	5332	5888	5317	5175	4928	4530	4297	4835
Hard- en softdrugs	555	605	649	562	511	522	502	457	490
Onbekend	8	7	17	8	8	16	3	9	14

I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA, WODC.

Tabel 11.9 Aandeel (in %) van door de rechter afgedane Opiumwetzaken, 2004-2012[I]

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
% Opiumwet	8,3%	8,4%	8,9%	8,5%	8,1%	7,6%	7,8%	7,8%	8,6%
Verdachten totaal (afgerond, *1 000)	146	145	147	139	14	139	120	116	110

I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA, WODC.

Sancties

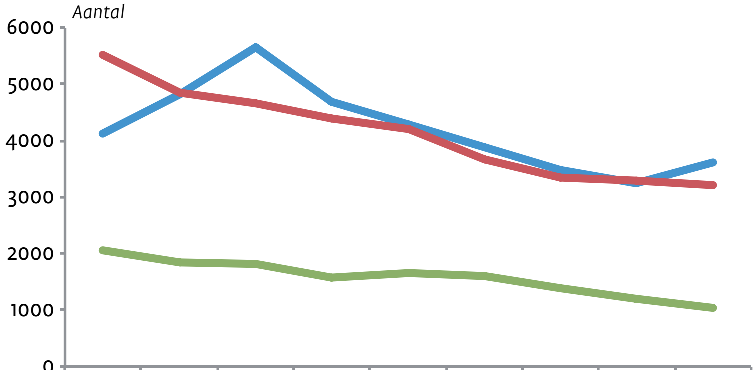
Figuur 11.6 laat zien in hoeveel Opiumwetzaken taakstraffen, (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen en geldboetes in de periode 2004-2012 door de rechter in eerste aanleg zijn opgelegd.

- Opiumwetdelinquenten krijgen in 2011 in ongeveer evenveel zaken een taakstraf als een (deels) onvoorwaardelijke gevangenisstraf opgelegd.
- In 2012 is het aantal zaken waarin een taakstraf wordt opgelegd iets hoger dan dat met een (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf.
- De gemiddelde duur van een taakstraf is in 2012 bijna even hoog als in 2011. Het gemiddelde aantal uren taakstraf in 2012 is 92 en in 2011 is dat 93 (tabel 11.10). Sinds 2004 is de gemiddelde duur van de taakstraf gedaald. Het aantal taakstraffen daalt sinds 2006.
- In 2011 zijn in 3 294 Opiumwetzaken en in 2012 zijn in 3 211 Opiumwetzaken (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd. Sinds 2004 is dit aantal met 40 procent afgenomen.
- De gemiddelde duur van een opgelegde (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf in

een Opiumwetzaak is in 2012 246 dagen (2011; 298 dagen), minder dan in de jaren daarvoor (tabel 11.10). Sinds 2004 is de gemiddelde duur met bijna drie maanden gedaald.

- In 2011 werd in rond 1 200 en in 2012 ruim 1 000 zaken een geldboete opgelegd door de rechter. Dit aantal is de afgelopen jaren sterk gedaald. Het bedrag van een geldboete (mediaan) bedraagt 490 euro in 2012, dit is 40 euro hoger dan in het voorgaande jaar (tabel 11.10).

Figuur 11.6 Opiumwetzaken naar type sanctie, 2004-2012[1]



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Taakstraf	4130	4818	5645	4695	4283	3891	3491	3248	3610
Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	5520	4854	4674	4407	4203	3677	3351	3294	3211
Geldboete	2056	1837	1816	1585	1660	1608	1379	1213	1040

Bron: OMDATA, bewerking WODC.

Tabel 11.10 Gemiddelde duur van taakstraffen (uren) en (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen (dagen) en bedrag van geldboetes (mediaan in euro's) in Opiumwetzaken, 2004-2012

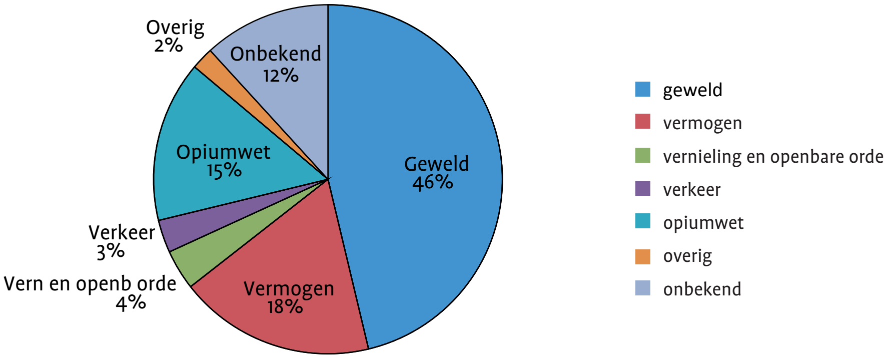
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Taakstraf	117	112	113	106	102	97	97	93	92
Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	377	335	310	340	301	311	309	298	246
Geldboete	480	500	490	400	400	370	440	450	490

Bron: OMDATA, bewerking WODC.

Opiumwetdelinquenten in de Nederlandse gevangenissen

Van de personen die op 30 september 2012 in het gevangeniswezen verbleven, zat 15 procent daar vanwege een Opiumwetdelict (figuur 11.7). Dit is een (verdere) daling ten opzichte van het aandeel in de jaren daarvoor (tabel 11.11).

Figuur 11.7 Aandeel Opiumwetdelinquenten in het gevangeniswezen[I] vergeleken met vijf andere delictgroepen. Peildatum 30 september 2012, N=11 160



I. Inclusief extramuraal geplaatste justitiabelen. Extramuraal verblijvenden in het kader van elektronische detentie en penitentiair programma zijn meegeteld evenals door drugskoeriers en illegale vreemdelingen bezette plaatsen van de Directie Bijzondere Voorzieningen. Bron: Kalidien & De Heer-De Lange, 2013.

Tabel 11.11 Omvang populatie strafrechtelijk gedetineerden vanwege Opiumwetdelicten, 2006-2012, peildatum 30 september 2012[I]

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Populatie totaal	13 718	12 769	11 934	11 682	11 736	11 545	11 160
Opiumwet totaal	2 574	2 576	2 368	2 249	2 107	1 855	1 674
% Opiumwet	18,8%	20,2%	19,8%	19,3%	18%	16,1%	15%

I. Inclusief extramuraal geplaatste justitiabelen en inclusief de categorie 'onbekend'. Bronnen: Van Rosmalen et al., 2012; Databestand Monitor Criminaliteit en Rechtshandhaving, 2013.

Strafrechtelijke recidive van Opiumwetdelinquenten

Tabel 11.12 laat zien hoeveel personen (in %) die vervolgd zijn voor een drugsdelict (hard- en/of softdrugs) in een bepaald jaar (1997 tot en met 2009) later opnieuw vervolgd worden voor zo'n delict. De gegevens zijn onder meer gecorrigeerd voor tijd in detentie. Van de drugsdaders is nagegaan of zij binnen een bepaalde periode na de inschrijving van het drugsdelict waarvoor ze veroordeeld zijn, opnieuw voor een drugsdelict in contact zijn gekomen met het Openbaar Ministerie. Dit heet 'speciale recidive' (Wartna et al., 2011). Het tijdstip van de recidive is bepaald aan de hand van de pleegdatum van het nieuwe delict. Het percentage daders dat is teruggevallen na een, twee, drie tot en met tien jaar is weergegeven in de rijen van tabel 11.12. Zo is bijvoorbeeld te zien dat van de 8 426 personen die in 1997 voor een drugsdelict zijn veroordeeld 7,9 procent in het eerste jaar opnieuw voor een drugsdelict in contact is gekomen met het Openbaar Ministerie. Dit percentage loopt in tien jaar tijd op tot 26,4

procent. De cijfers verschillen van eerdere jaren; dit is het gevolg van een actualisatie van de database.

Tabel 11.12 Prevalentie (in cumulatieve % recidivisten) van nieuwe strafzaken voor een drugsdelict voor overtreders van de Opiumwet of de WVMC, naar observatieperiode (speciale recidive)

Observatieperiode in jaren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Jaar										
1997 (N = 8 426)	7,9	12,0	14,9	16,8	19,0	21,0	22,6	23,9	25,2	26,4
1998 (N = 9 162)	7,3	11,4	14,7	17,6	20,0	22,1	23,7	25,5	26,8	27,7
1999 (N = 8 961)	7,7	12,4	15,8	19,1	21,5	23,8	25,6	27,3	28,4	29,5
2000 (N = 8 676)	7,3	12,0	15,9	19,3	21,9	24,1	26,0	27,5	28,6	29,5
2001 (N = 9 896)	8,3	12,9	16,6	19,3	21,6	23,3	24,9	26,0	27,0	27,8
2002 (N = 12 057)	9,1	14,2	17,6	20,4	22,2	24,1	25,5	26,4	27,4	28,3
2003 (N = 13 978)	8,7	13,4	16,7	19,3	21,4	22,8	24,3	25,3	26,2	
2004 (N = 16 229)	7,7	12,0	15,0	17,4	19,1	20,5	21,7	23,4		
2005 (N = 15 388)	7,1	11,3	14,2	16,6	18,2	19,6	20,8			
2006 (N = 15 932)	6,5	10,2	12,9	14,9	16,7	18,1				
2007 (N = 14 552)	6,1	10,0	12,5	14,5	16,0					
2008 (N = 14 171)	5,7	9,0	11,5	13,6						
2009 (N = 12 678)	4,9	8,3	10,9							

Bron: WODC-Recidivemonitor.

- Het aandeel dat binnen een, twee, of drie jaar recidiveert met een nieuw drugsdelict daalt de afgelopen jaren.
- Het aandeel van de daders van een harddrugsdelict dat recidiveert is hoger dan dat van daders van een softdrugsdelict.
- Van de daders van een harddrugsdelict is gemiddeld 8,5 procent binnen een jaar weer met justitie in aanraking gekomen voor harddrugscriminaliteit.
- Dit percentage ligt lager bij de softdrugsdaders: van hen is 4 procent binnen een jaar opnieuw met justitie in contact gekomen voor een softdrugsdelict.
- Na tien jaar is ruim een kwart (28%) van de harddrugsdaders gerecidiveerd voor een harddrugsdelict. Bij de softdrugsdaders is de recidive voor een softdrugsdelict na tien jaar 21 procent.
- De cohorten hard- én softdrugsdaders vanaf 2002 laten lagere speciale recidive zien dan de cohorten uit de jaren daarvoor. De speciale recidive daalt dus.

Als gekeken wordt naar de nieuwe justitiecontacten naar aanleiding van enig misdrijf, ongeacht de aard en ernst van de gepleegde delicten (de ‘algemene’ recidive) en naar de ernstige recidive (misdrijven met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar; Wartna et al., 2011), dan zijn verschillen waarneembaar tussen daders van een harddrugsdelict en

daders van een softdrugsdelict (tabel 11.13).

- De prevalentie van algemene recidive is bij harddrugsdaders consequent hoger.
- Ook de prevalentie van ernstige recidive is hoger bij harddrugsdaders.

Dit wijst erop dat een groter deel van de harddrugsdaders zich inlaat met delicten van verschillende aard en ook met meer ernstige delicten, dan softdrugsdaders.

Tabel 11.13 Prevalentie (gemiddelde van cohorten 1997-2009, in cumulatieve % recidivisten) van algemene en ernstige recidive voor daders van een drugsdelict, naar observatieperiode en hard- en softdrugsdaders

Observatieperiode in jaren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Algemene recidive										
Harddrugsdaders	26,7	37,0	43,3	47,8	51,4	54,0	56,1	58,1	59,9	61,3
Softdrugsdaders	16,8	25,9	32,0	36,7	40,6	43,8	46,3	48,6	50,3	51,2
Ernstige recidive										
Harddrugsdaders	21,1	29,8	35,1	39,3	42,6	45,2	47,4	49,3	51,1	52,6
Softdrugsdaders	10,8	17,3	21,9	25,7	28,9	31,7	33,9	36,1	37,7	38,5

Bron: WODC-Recidivemonitor.

12 Alcohol- en drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem

In dit hoofdstuk gaat het over delicten die gepleegd worden door middelengebruikers (alcohol en drugs) en de reactie die daar in 2011, voorzover bekend, op gevolgd is in het strafrechtelijk systeem. Onder de delicten die gepleegd worden door drugsgebruikers vallen de in hoofdstuk 2, § 2.3, genoemde economisch-compulsieve en psychofarmacologische drugsgerelateerde criminaliteit, inclusief rijden onder invloed, maar ook andere delicten, zoals drugsdealen, openbare orde delicten en overige delicten.

De gegevens zijn afkomstig uit registratiesystemen van politie, verslavingsreclassering, de Dienst Justitiële Inrichtingen en uit recent onderzoek, zoals de Veiligheidsmonitor. Wat betreft registratiesystemen van politie en justitie moet worden opgemerkt dat middelengebruik onder justitiabelen niet systematisch bij alle justitiabelen wordt nagevraagd en geregistreerd, noch door de politie, noch door het Openbaar Ministerie of het gevangeniswezen. De cijfers die uit deze systemen gerapporteerd worden geven daarom slechts zicht op de gebruikers die bij politie en justitie in beeld zijn gekomen. Een onbekend deel van de verdachten en gedetineerden met (problematisch) middelengebruik blijft buiten de statistieken.

Het is niet altijd bekend welk type criminaliteit (economisch-compulsieve of psychofarmacologische criminaliteit, Opiumwetdelicten of andere delicten) de alcohol- en drugsgebruikende justitiabelen hebben gepleegd. Evenmin wordt altijd aangegeven of bij een justitiabele middelengebruiker drugs en/of alcohol in het spel zijn.

§ 12.1 geeft een overzicht van de belangrijkste bevindingen in 2011. § 12.2 beschrijft wat bekend is over middelengebruikende justitiabelen bij politie en justitie. § 12.3 gaat in op alcohol- en drugsgerelateerde overlast. § 12.4 betreft de justitiële interventies en maatregelen die in 2011 zijn toegepast bij justitiabele alcohol- en drugsgebruikers die zich in het strafrechtelijk systeem bevinden.

12.1 Laatste feiten en trends

- De categorie “alcoholgebruikende verdachte” bij de politie bestaat in 2011 en 2012 voornamelijk uit mannen van tussen de 35 en 54 jaar, die vaak meerdere criminele antecedenten hebben en worden verdacht van vermogensdelicten (zonder geweld) en geweldsdelicten (tegen personen).
- De categorie “drugsgebruikende verdachte” bij de politie bestaat eveneens voornamelijk uit mannen. De gemiddelde leeftijd in 2011 en 2012 is rond 41 jaar. De meerderheid heeft een aanzienlijke criminele historie. Ook zij worden vooral opgepakt vanwege vermogensdelicten (zonder geweld) en geweldsdelicten (tegen personen). Er zijn in 2011 en 2012 nauwelijks verschillen met 2010 (§ 12.2).

- Er bestaat een samenhang tussen alcoholgebruik en -verslaving en huiselijk geweld en gebruik van alcohol, amfetamine en cocaïne en gewelddadig gedrag, met name in het nachtleven en bij evenementen, waarbij het effect afhangt van de dosis (§ 12.2).
- Het aantal verdachten van rijden onder invloed is dalende. Het percentage van alle verdachten in 2011 (12%) verschilt niet van 2010 (§ 12.2).
- Het aandeel zeer actieve veelplegers met verslavingsproblemen is dalende (§ 12.2).
- Bijna vijf procent van de Nederlandse bevolking ervaart in 2011 overlast die men aan drugs relateert. Dit verschilt niet significant van eerdere jaren (§ 12.3).
- In 2011 bestaat er een landelijk netwerk van 40 Veiligheidshuizen, waarin lokale partners ketenoverstijgende trajecten voor overlastgevende of delinquente personen met complexe problematiek uitzetten (§ 12.3).
- De verslavingsreclassering heeft in 2011 ruim 20 duizend cliënten, ongeveer even veel als in 2010. Zij verricht in 2010 vooral activiteiten in het kader van toezicht op justitiabelen en (advies)rapportages over cliënten aan justitiële instanties (§ 12.4).
- Verslaafde justitiabelen worden steeds vaker toegeleid naar forensische zorg buiten detentie, meestal naar ambulante verslavingsbehandeling. Er is in 2011 vaker toegeleid naar laagdrempelige niet-klinische voorzieningen (§ 12.4).
- De meerderheid van personen onder de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) bestaat uit problematische drugsgebruikers. De meeste ISD'ers volgen een trajectregime met gedragsinterventies binnen detentie (§ 12.4).

12.2 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

Alcohol- en drugsgebruikende verdachten bij de politie

In het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie kan aangegeven worden of een verdachte "alcoholgebruiker" of "drugsgebruiker" is. Deze classificatie - het gaat om een gevarenclassificatie - wordt gebruikt als er aanwijzingen zijn dat een verdachte door zijn alcohol- of drugsgebruik een gevaar kan opleveren voor de verbalisant. Ook kan dit gebeuren op aangeven van de verdachte zelf, bijvoorbeeld als hij/zij zelf aangeeft problemen te hebben met het gebruik van alcohol of drugs, of als hij/zij om methadon vraagt. Er is een kans dat een verdachte wel alcohol- of drugsgebruiker is, maar niet als zodanig in het HKS wordt geregistreerd omdat de politie dit niet herkent. We hebben te maken met een onderschatting (zie onderzoek van Bruinsma et al., 2008). De omvang van de onderschatting is niet bekend. Er bestaan ook regionale verschillen in de registratie van deze categorie en de registratie wordt niet systematisch ververst.

De classificatie "alcoholgebruiker" zoals die uit de registratie van de politie naar voren komt, bestaat in 2011 uit 1 836 en in 2012 uit 1 571 personen. De meerderheid is man (93% in 2011 en 94% in 2012). Dit verschilt niet van eerdere jaren. De meerderheid is tussen de 35 en 54 jaar oud (70% in 2011 en 71% in 2012). De leeftijd schuift sinds

2004 op naar boven: er zijn minder personen onder de 45 jaar en meer personen tussen de 45 en 64 jaar.

- Deze gebruikers hebben vaak meerdere antecedenten. In 2011 heeft 80 procent meer dan tien antecedenten en in 2012 78 procent. Een kwart heeft er in 2011 en 2012 meer dan 50. Dit verschilt niet wezenlijk van eerdere jaren.
- Deze gebruikers worden in 2012 vooral verdacht van vermogensmisdrijven (50%), geweldsmisdrijven (tegen personen; 34%) en vernieling of delicten tegen de openbare orde (26%). In 13 procent van de gevallen ging het om een verkeersdelict. Verder komen Opiumwetdelicten voor (8%) en diefstal met geweld of afpersing (5%). De verschillen met 2011 zijn gering.

Het is duidelijk dat veel verdachten die alcohol hebben gebruikt, zeker verdachten van rijden onder invloed, niet in deze classificatie worden opgenomen.

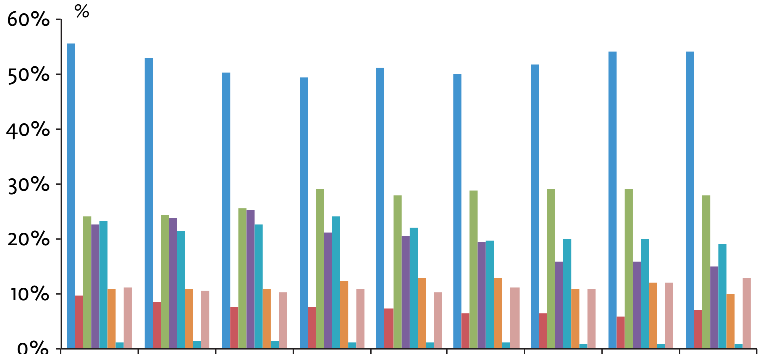
De classificatie “drugsgebruiker” heeft in 2011 en 2012 het volgende profiel.

- Het merendeel is man (93% in 2011 en 92% in 2012). De gemiddelde leeftijd is 41 jaar (in 2011) en 42 jaar (in 2012). De gemiddelde leeftijd is in de loop der jaren steeds hoger geworden. De overgrote meerderheid (95% in 2011 en 97% in 2012) is ouder dan 24 jaar.
- De meesten zijn veelplegers: 81 procent (in 2011) en 83 procent (in 2012) en was meer dan tien keer eerder verdachte en 25 respectievelijk 26 procent meer dan 50 keer.

Het profiel is nauwelijks anders dan in 2010. Het totale aantal verdachten dat de politie categoriseert als “drugsgebruiker” nam in 2011 en ook in 2012 wel af. Er is sprake van een duidelijke dalende lijn: in 2004 werden er 10 504 verdachten als zodanig gecategoriseerd, in 2011 6 199 en in 2012 5 533.

Figuur 12.1 laat zien voor welk type delict de als drugsgebruiker gecategoriseerde verdachten zijn opgepakt.

Figuur 12.1 Type delict waarvan personen worden verdacht die door de politie als "drugsgebruiker" zijn geclassificeerd, 2004-2012[I]



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Vermogensmisdrijven	56%	53%	50%	49%	51%	50%	52%	54%	54%
Diefstal geweld/afpersing	10%	8%	8%	8%	7%	7%	7%	6%	7%
Overig geweld	24%	24%	26%	29%	28%	29%	29%	29%	28%
Opiumwet	23%	24%	25%	21%	21%	19%	16%	16%	15%
Vernieling openbare orde/gezag	23%	22%	23%	24%	22%	20%	20%	20%	19%
Verkeer	11%	11%	11%	12%	13%	13%	11%	12%	10%
Seksueel geweld	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Overige misdrijven	11%	11%	10%	11%	10%	11%	11%	12%	13%

I. Verdachten kunnen verdacht worden van meer dan een type delict. Bron: HKS, KLPD/DNRI, extractie uit de WODC Datamart Drugs.

Tussen 2011 en 2012 zijn nauwelijks veranderingen opgetreden in het type delict waarvan personen worden verdacht die door de politie als drugsgebruiker zijn gecategoriseerd. Wanneer over een langere termijn wordt gekeken, 2004-2012, is bij een aantal typen een zekere trend waar te nemen:

- Drugsgebruikende verdachten worden het meest geverbaliseerd voor vermogensdelicten zonder geweld. Dat is ook in 2012 het geval. Tussen 2004 en 2007 was sprake van een daling, daarna was er een toename tot 2011. Het percentage van 2012 (54%) verschilt niet van 2011.
- Het aandeel drugsgebruikende verdachten dat geverbaliseerd is voor diefstal met geweld of afpersing neemt sinds 2004 in grote lijn af.
- 28 Procent wordt in 2012 verdacht van overige geweldsdelicten (tegen personen). Dit aandeel is sinds 2006 min of meer stabiel.
- Sinds 2006 is een duidelijke dalende lijn in het aandeel Opiumwetdelicten te zien. In 2012 is dit aandeel 15 procent.
- Ook de Openbare orde delicten laten de laatste jaren een dalende trend zien. In 2012 wordt de afnemende trend gecontinueerd.
- Verkeersdelicten dalen sinds 2009 in lichte mate.
- Seksuele delicten komen zeer weinig voor; het aandeel blijft constant (1%).
- Overige delicten nemen enigszins toe sinds 2008, ook in 2012 is er een zeer lichte

toename ten opzichte van 2011. Het gaat veelal om overtredingen van de wet Wapens en Munitie, economische- en milieumisdrijven.

Uit recent onderzoek is bekend geworden dat de politie met een toenemend aantal GHB-gebruikende verdachten geconfronteerd wordt (Korf et al., 2012). Het gaat om een brede categorie van GHB-gebruikers, die bestaat uit dakloze polydrugsgebruikers met comorbide psychiatrische problemen, hangjongeren, plezierzoekers en thuisgebruikers. Korf et al. schatten dat het in 2010 rond 420 keer en in 2011 rond 570 keer is voorgekomen dat een GHB-gebruiker in contact kwam met de politie. Het gaat daarbij om rond respectievelijk 320 en 420 unieke personen. Ongeveer 70 procent van hen is door de politie in bewaring gesteld. Soms worden gebruikers heengezonden, hoewel ze op basis van hun delict ingesloten zouden moeten worden.

Zware gebruikers van GHB, die geïnterviewd werden in een studie van Voorham en Buitenhuis (2012), rapporteren dat gebruikers, als gevolg van het ontremmende psychofarmacologische effect van GHB, eerder neigen tot beroving, diefstal en rijden onder invloed. In deze studie ging het niet om verdachten, maar de studie laat een samenhang zien tussen GHB-gebruik en delictgedrag.

Geweldsdelicten onder invloed

Hammink et al. (2012) beschrijven de relatie tussen verslaving en huiselijk geweld.

- Cross-sectionele studies van kinderen van aan alcohol en drugs verslaafde ouders laten zien dat deze kinderen vaker slachtoffer zijn van (dreiging met) huiselijk geweld dan kinderen van wie de ouders niet verslaafd zijn. Longitudinale studies laten echter zien dat er geen causaal verband is. Er lijkt sprake van een combinatie van risicofactoren.
- Alcoholverslaving lijkt een voorspeller van partnergeweld, terwijl drugsverslaving een voorspeller lijkt van slachtofferschap van partnergeweld. Er zijn risicofactoren die het geweld voorspellen, zoals de ernst van de alcoholproblemen en antisociale persoonlijkheidskenmerken bij betrokkenen.

Goossens (2012) en Ferwerda et al. (2012) laten zien dat alcohol, amfetamine en cocaïne effect kunnen hebben op gewelddadig gedrag, met name in het nachtleven en bij evenementen. Het effect hangt af van de dosis. Ook groepsprocessen spelen een belangrijke rol. Na gebruik van stimulantia zoals amfetamine, cocaïne, of ecstasy kan tevens een 'opwindingsdelier' optreden. Een persoon met zo'n opwindingsdelier vertoont lukrake agressie en het is bijna onmogelijk om hem/haar met fysieke kracht te bedwingen.

Rijden onder invloed bij politie, Openbaar Ministerie en rechter

- De politie registreerde in 2011 bijna 50 000 keer een verdachte van rijden onder invloed (Van Rosmalen et al., 2012). Er is sinds 2007 een dalende trend. Verdachten van rijden onder invloed vormen 12 procent van alle verdachten bij de politie in 2011. Dit percentage verschilt niet van 2010. Rijden onder invloed staat in de top-tien van meest geregistreerde misdrijven van verdachten.

- De meesten krijgen een transactie of een strafbeschikking. Indien die niet betaald wordt, of indien sprake is van recidive of van een hoog alcoholpromillage, wordt de zaak doorgestuurd naar het OM.
- Bij het OM stroomden in 2011 28 790 zaken rijden onder invloed in. Dit zijn er ruim 1 300 meer dan in 2010. Het gaat om 12,8 procent van alle ingestroomde zaken. Dit is minder dan het percentage in 2010 (13,2%).
- De rechter deed in eerste aanleg 7 749 zaken af. Dit is substantieel minder dan in eerdere jaren. Meestal worden zaken rijden onder invloed afgedaan in een eerder stadium, via een strafbeschikking van het Openbaar Ministerie.
- De rechter legt meestal een geldboete op (5 734 keer in 2011). Daarnaast worden taakstraffen opgelegd (1 649 keer in 2011) en ook (deels) onvoorwaardelijke gevangenisstraffen en hechtenissen opgelegd (384 keer in 2011). De gemiddelde duur van een gevangenisstraf of hechtenis voor rijden onder invloed bedraagt in 2011 29 dagen. Dit wijkt niet substantieel af van eerdere jaren.

Deze gevallen betreffen in meerderheid rijden onder invloed van alcohol. Rijden onder invloed van drugs of medicijnen is eveneens strafbaar. Daarvoor zijn echter nog geen wettelijke limieten vastgesteld (SWOV, 2011). Uit onderzoek in het kader van de Europese DRUID-studie (Driving under the influence of drugs, alcohol, and medicines) is gebleken dat zes procent van de bij wegcontroles gecheckte bestuurders reed onder invloed, van wie 3,4 procent onder invloed was van drugs of geneesmiddelen (Houwing et al., 2011a en 2011b; SWOV, 2011; zie ook NDM Jaarbericht 2011). Meestal gaat het om alcohol of cannabis.

Verslavingsproblematiek onder zeer actieve veelplegers

Zeer actieve veelplegers worden sinds 2005 gevolgd in de Monitor Veelplegers van het WODC. Gegevens komen uit verschillende bronnen in het strafrechtelijk systeem. Een zeer actieve veelpleger is gedefinieerd als een persoon van 18 jaar en ouder die in de afgelopen vijf jaar tien keer of vaker is gearresteerd en tenminste eenmaal in het verslagjaar een proces-verbaal heeft gekregen. In 2012 is gerapporteerd over de populatie zeer actieve veelplegers tot en met 2009 (Tollenaar en Van der Laan, 2012). Tabel 12.1 geeft de cijfers 2004-2009 weer.

Tabel 12.1 Probleemcategorieën onder zeer actieve veelplegers, volgens de reclassering, 2004-2009

Probleemcategorie[I]	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Aantal zeer actieve veelplegers	*5 989*	*5 824*	*5 552*	*5 402*	*5 087*	*4 761*
% met verslavingsproblemen	71,7	70,9	69,9	68,1	66,9	64,3
% met psychische problemen	39,4	40,1	41,1	41,2	42,9	42,6
% met problemen met wonen	44,1	44,5	43,9	44,2	43,5	42,3
% met financiële problemen	43,6	45,5	46,2	46,9	47,6	47,0
% met fysieke gezondheidsproblemen	19,2	19,4	19,2	18,2	18,0	18,8
% met relationele problemen	37,8	38,8	40,1	41,1	41,6	42,3

I. Gebaseerd op informatie in interventieplannen zoals geregistreerd in het Cliënt Volg Systeem van de Reclassering. Incomplete data zijn gecorrigeerd met multivariate imputation sampling. Bron: Tollenaar en Van der Laan, 2012.

- Het totale aantal zeer actieve veelplegers is dalende. Onder de zeer actieve veelplegers bevinden zich steeds meer 18-24 jarigen die minder ernstige delicten plegen en een minder lange criminele carrière hebben (niet in tabel).
- Het aandeel vermogensdelicten onder de zeer actieve veelplegers neemt af en het aandeel vernieling en openbare ordedelicten en geweldsdelicten neemt verder toe.
- Rond twee derde (64,3%) van de zeer actieve veelplegers heeft volgens de reclassering verslavingsproblemen. Er lijkt sprake van een verschuiving in problematiek: verslavingsproblematiek komt minder vaak voor en relationele en financiële problemen vaker. Deze trend is echter volgens de auteurs minder zeker vanwege een toename van ontbrekende gegevens in het laatste jaar.

12.3 Alcohol- en drugsgerelateerde overlast

Bij overlast gaat het om een containerbegrip waar tal van gedragingen onder kunnen vallen, zoals rondhangen, stank (waarbij bijvoorbeeld de geur van cannabis ook als overlastgevend kan worden ervaren), lawaai, hard praten en roken in portieken, verkeer- en parkeeroverlast, bijvoorbeeld bij coffeeshops, of samenscholende jongeren. Overlast die is gerelateerd aan alcohol of drugs kan veroorzaakt worden door alcohol- en drugsgebruikers, maar ook door drugsdealers en drugsrunners.

In de (nationale) Veiligheidsmonitor is tussen 2008 en 2011 aan respondenten de vraag gesteld of zij in hun omgeving (bedreigende) drugsoverlast of overlast als gevolg van openbare dronkenschap ervaren. De vraag naar drugsoverlast was algemeen gesteld, het gaat om drugsoverlast in het algemeen, zowel overlast die wordt toegeschreven aan harddrugs als overlast die te maken heeft met softdrugs. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar strafbare vormen van overlast of vormen die alleen te maken hebben met door respondenten subjectief als hinderlijk ervaren gedrag.

De monitor heeft betrekking op zeer grote steekproeven van ingezetenen van Nederland van 15 jaar en ouder, die in een privé-huishouden leven. In 2011 waren er 37 639 respondenten. Ze werden bevraagd via internet, schriftelijk, per telefoon, of face-to-face.

- Drugsoverlast bleek gemiddeld een relatief gering probleem in Nederland (CBS, 2012b). In 2011 rapporteerde 4,9 procent dat drugsoverlast een probleem vormde. Dit verschilde niet significant van de eerdere jaren. 2,9 Procent gaf aan dat drugsoverlast het meest urgente probleem was in hun buurt. Drugsoverlast scoorde op dit punt vrij laag: 15e in een rij van 25 problemen. Ook op dit punt was er geen significant verschil met eerder.
- Echter, de drugsoverlast was significant hoger in bepaalde gebieden. In Limburg-Zuid scoorde drugsoverlast het hoogst: 10 procent van de respondenten had er last van. Tweede is de regio Amsterdam (7,2%), derde de regio Rotterdam (7,1%).
- Overlast van dronken mensen op straat was in 2011 een groter probleem in de buurt van de respondenten: zeven procent van de bevraagden gaf dit aan. Dit probleem nam toe. Het is echter door weinig bevraagden genoemd als belangrijkste probleem in de buurt.

In de meest recente Veiligheidsmonitor, die betrekking heeft op het jaar 2012, vallen openbare dronkenschap en drugsoverlast onder de rubriek “sociale overlast” (CBS, 2013a). Sociale overlast omvat de volgende vijf vormen van overlast: “dronken mensen op straat”, “drugsgebruik of drugshandel, bijvoorbeeld op straat of in coffeeshops”, “overlast door buurtbewoners”, “mensen die op straat worden lastiggevallen” en “rondhangende jongeren”. Door de wijzigingen in vraagstelling zijn de cijfers niet vergelijkbaar met eerdere jaren.
Het grootste overlastprobleem in de sociale sfeer zijn rondhangende jongeren (42% geeft aan dat dit wel eens voorkomt in de buurt).

- Overlast door dronken mensen op straat komt volgens 27 procent wel eens voor in de eigen buurt. Drie procent heeft er zelf veel overlast van.
- Drugshandel of drugsgebruik (niet onderscheiden) komt volgens 24 procent wel eens voor in de eigen buurt. Vier procent heeft er zelf veel overlast van.
- De politieregio’s Amsterdam-Amstelland, Rotterdam-Rijnmond, Limburg-Zuid, en Haaglanden scoren in 2012 ongunstiger dan Nederland gemiddeld op sociale overlast (waartoe dronkenschap, drugsgebruik en drugshandel worden gerekend). In deze regio’s geeft een relatief hoog percentage van de bewoners aan veel sociale overlast in de buurt te ervaren.

Wat betreft overlast die wordt toegeschreven aan coffeeshops is uit onderzoek het volgende gebleken:

- Omwonenden die binnen een straal van 50 meter van een coffeeshop wonen, ervaren meer overlast dan degenen die buiten deze straal wonen (Broekhuizen et al., 2011).
- Een coffeeshop bleek op zichzelf in een buurt echter niet meer overlast te geven dan andere horecagelegenheden zoals snackbars of cafés (Broekhuizen et al., 2011).

- Coffeeshops hebben tegenwoordig vaak mensen in dienst die de overlast buiten bestrijden en klanten aanspreken die overlast veroorzaken (Müller et al., 2012).
- In 2011 waren er landelijk in totaal 15 geregistreerde overtredingen van het overlastcriterium (Bieleman et al., 2012).

12.4 Interventies voor middelengebruikers in het strafrechtelijk systeem

In het strafrechtelijk systeem zijn verschillende interventies beschikbaar voor justitiabele alcohol- en drugsgebruikers (zie § 2.3.2). Met uitzondering van de verslavingsreclassering en specifieke gedragstrainingen zijn de interventies niet exclusief voor middelengebruikers, maar hebben ze een bredere doelgroep. De interventies zijn bedoeld voor justitiabelen met problemen die hun reïntegratie in de maatschappij en hun criminele recidive negatief kunnen beïnvloeden (zoals werkproblemen, relatieproblemen, schulden, psychische problemen). Justitiabelen met problematisch alcohol- of drugsgebruik zijn een belangrijke doelgroep, maar ook justitiabelen met psychische problemen of licht verstandelijk gehandicapten, (zeer actieve) veelplegers of justitiabelen met meervoudige en complexe problematiek.

In deze paragraaf wordt ingegaan op:
- Veiligheidshuizen;
- Verslavingsreclassering;
- Toeleiding naar zorg als alternatief voor of aansluitend op hechtenis en detentie;
- Gedragsinterventies voor verslaafden;
- De maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders.

Veiligheidshuizen
De eerste Veiligheidshuizen startten in 2005. Sinds 2009 bestaat een landelijk netwerk van regionaal opererende Veiligheidshuizen. Veiligheidshuizen zijn netwerksamenwerkingsverbanden, die partners uit de strafrechtketen, de zorgketen, gemeentelijke partners en bestuur verbinden in de aanpak van complexe problematiek (zie § 2.3.2). In de toekomst zal het aantal Veiligheidshuizen verminderen omdat sommige gaan fuseren, zodat uiteindelijk elk van de 25 veiligheidsregio's in Nederland één Veiligheidshuis heeft.
- In 2011 (en ook in 2012) waren er rond 40 Veiligheidshuizen (T.K. 28684-355).
- Onderzoeksinformatie over de resultaten met betrekking tot klanten van Veiligheidshuizen is schaars, maar eerste bevindingen wijzen erop dat hun situatie verbetert, vooral die van de veelplegers, die minder recidiveren (Rovers, 2011).

Verslavingsreclassering

- Bij de verslavingsreclassering stonden per 31 december 2011 20 234 cliënten geregistreerd en op 31 december 2012 17 752 (unieke personen, zie www.svg.nl). In 2012 trad een daling op.
- De gemiddelde leeftijd was in 2011 36,1 jaar. In 2012 is dit 37,5 jaar. De meerderheid is man (92,8%). Dit verandert niet in 2012.
- De meerderheid heeft Nederland als geboorteland en heeft geen vaste werkkring. Dit is voor 2012 niet gerapporteerd.
- De meesten gebruiken (ook) drugs. In 2011 wordt dit gerapporteerd voor 87 procent van de cliënten, in 2012 wordt gerapporteerd dat 36 procent alleen drugs gebruikt en 32 procent alcohol en drugs. Meestal gaat het om harddrugs.
- Problematisch alcoholgebruik komt voor bij 49 procent van de cliënten in 2011. In 2012 is bij vijf procent sprake van alléén alcoholgebruik en bij 32 procent gaat het om een combinatie van alcohol- en drugsgebruik. Bij ruim eenderde is in 2011 sprake van meervoudige verslavingsproblematiek.

De verslavingsreclassering voerde voor deze cliënten in 2011 verschillende activiteiten uit (zie tabel 12.2). Deze activiteiten vinden plaats in het kader van een bepaald reclasseringsproduct. Een product zoals "toeleiding zorg" bestaat bijvoorbeeld uit een samenstel van activiteiten dat leidt tot het plaatsen en/of realiseren van behandeling van een cliënt in een (poli)kliniek of een organisatie voor maatschappelijke opvang (zie www.svg.nl). Het gaat daarbij om praktische activiteiten zoals overdracht van informatie, begeleiding naar de zorg, of het maken van afspraken over de voorwaarden waaronder de behandeling plaatsvindt. In 2010 zijn veranderingen doorgevoerd in de definities en de criteria van de registratie, waardoor de cijfers niet vergelijkbaar zijn met eerdere jaren. In 2012 zijn eveneens op onderdelen andere definities toegepast, waardoor ook deze cijfers op onderdelen niet vergelijkbaar zijn met 2010 en 2011. Adviesrapporten bestaan uit beknopte adviesrapporten, adviesrapporten op basis van de Recidive Inschattingsschalen (RISc) en adviesrapporten met verdieping. Deze rapporten worden gemaakt voor de Rechterlijke Macht en het gevangeniswezen.

- Activiteiten die behoren tot het houden van toezicht op justitiabelen en het uitbrengen van adviesrapportages zijn in 2011 en 2012, net als in 2010, het vaakst uitgevoerd.

Tabel 12.2 Aantal maal dat de verslavingsreclassering activiteiten heeft uitgevoerd in het kader van de reclasseringsproducten, 2010-2012[I]

Product waarbinnen activiteit plaatsvindt	2010	2011	2012
Vroeghulp	2 122	2 049	1 754
Adviesrapport	10 522	10 722	12 226
Toeleiding zorg	5 046	7 311[II]	1 183[II]
Toezicht	10 954	11 168	26 646[III]
Gedragsinterventie	686	542	634
Taakstraf/werkstraf	4 888	3 510	3 087
Werkstraf/leerstraf[IV]	123	-	-
Justitieel casemanagement[V]	-	623	897

I. Geen cijfers op cliëntniveau of gespecificeerd naar alcohol/drugs/gokken. II. Dit zijn plaatsingen forensische zorg geïnitieerd binnen toezichttrajecten. Het aantal is in 2011 exclusief 1 186 toeleidingen die daarbuiten hebben plaatsgevonden. In 2012 zijn het alleen deze toeleidingen; 2012 is niet vergelijkbaar met de eerdere jaren. III. Het product "toezicht" is in 2012 breder gedefinieerd en niet vergelijkbaar met de eerdere jaren. IV. Leerstraffen worden vanaf 2011 als gedragsinterventie geregistreerd. V. Nieuw in 2011. Bron: SVG.

Gedragsinterventies

Gedragsinterventies voor de specifieke doelgroep van justitiabelen met problematisch middelengebruik en/of gokgedrag zijn de Korte leefstijltraining en de Leefstijltraining voor justitiabelen, beide ingediend door de Stichting Verslavingsreclassering Nederland en erkend in 2009, en de gedragsinterventie Alcohol en Geweld (erkend in 2012). De laatste is bedoeld voor personen die veroordeeld zijn voor een geweldsdelict dat zij onder invloed van alcohol gepleegd hebben, eventueel in combinatie met een ander middel. Sinds 2005 moeten deze interventies een erkenning hebben van een speciaal daartoe ingestelde commissie (zie Jaarverslag Bureau Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, 2012).

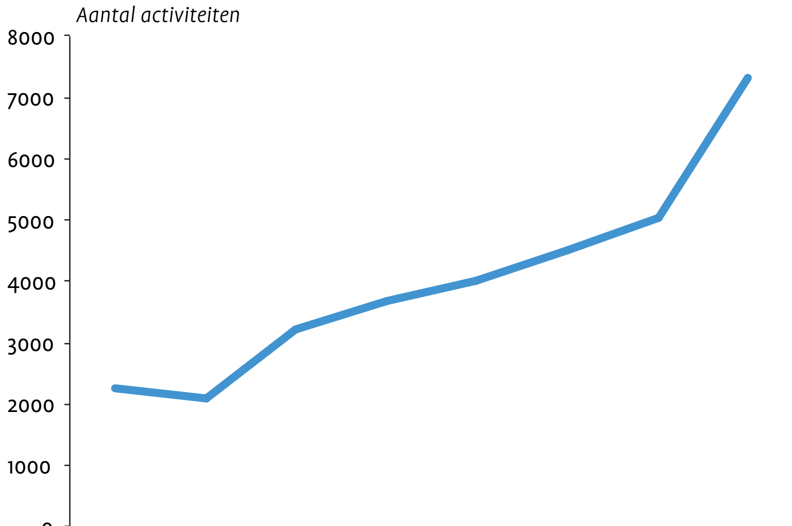
- In 2011 heeft de verslavingsreclassering 542 maal een activiteit uitgevoerd in het kader van een gedragsinterventie. Dit is minder dan in 2010. In 2012 ligt het aantal weer op 634.

Toeleiding naar zorg

Toeleiding naar zorg in plaats van detentie is al langere tijd een belangrijk element in de aanpak van justitiabele middelengebruikers. Ook de nieuwe wet Forensische Zorg (zie § 2.3), de nieuwe wet Voorwaardelijke Veroordeling en wet Voorwaardelijke Invrijheidstelling (Stb. 2011-615; Stb. 2012-5; E.K. 32319-A) faciliteren het toeleiden naar zorg.

- Het aantal activiteiten van de verslavingsreclassering in het kader van toeleiding naar zorg nam toe in 2011: 7 311 keer kwam dit voor. Het ging hier om toeleidingen binnen het juridische kader van een toezicht van de reclassering. Er werden ook nog ruim duizend keer activiteiten uitgevoerd in het kader van vrijwillige toeleiding naar zorg.
- Het aantal toeleidingen neemt toe sinds 2004 (zie figuur 12.2).

Figuur 12.2 Aantal activiteiten in het kader van toeleiding naar zorg door de verslavingsreclassering, 2004-2011[I]



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Aantal activiteiten	2254	2081	3226	3684	4005	4514	5046	7311

I. 2011: exclusief 1 186 toeleidingsactiviteiten gerealiseerd buiten toezichtstrajecten (vrijwillige toeleidingen). Toeleidingen naar zorg in 2012 onbekend. Bron: SVG.

- De zorg waarheen wordt toegeleid betreft meestal ambulante verslavingsbehandeling: 1 289 maal (18%; niet in figuur).
- Op de tweede plaats komt de ambulante psychiatrische behandeling (956 keer, 13%). Ook dit aandeel is lager dan in 2010, toen het 16 procent was.
- Daarna volgen activerende en ondersteunende begeleiding (924 keer, 13%) en toeleiding naar woonvoorzieningen (800 keer, 11%).
- Klinische verslavingsbehandeling en klinische psychiatrische zorg komen pas op de zevende en achtste plaats: 502 en 269 keer respectievelijk (7% en 4%), na financiële hulp (745 maal, 12%) en toeleiding naar opleiding, werk en dagbesteding (547 maal, 7,5%).

De meeste toeleidingen betreffen dus ambulante verslavingsbehandeling. De toeleiding naar klinische zorg vormt een kleiner aandeel. Er is een toename van toeleidingen naar laagdrempelige niet-klinische meer algemene ondersteunende voorzieningen in vergelijking met 2010.

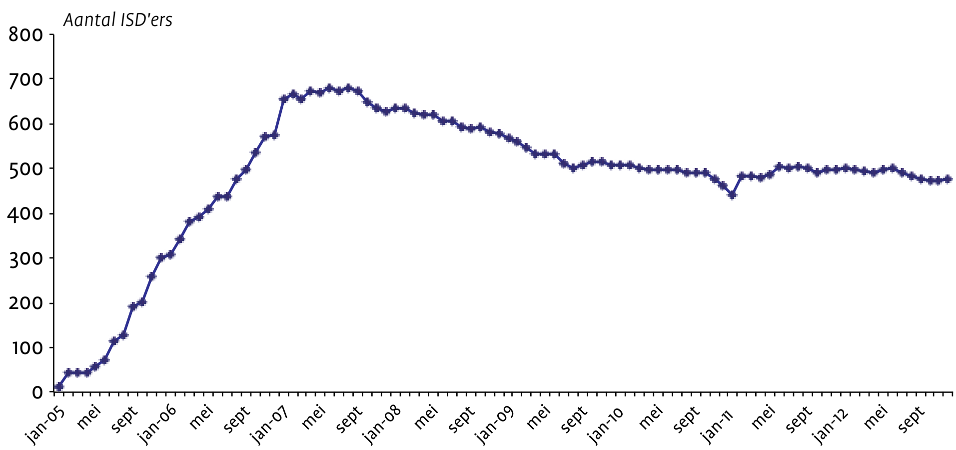
Toeleidingen naar verslavingszorg worden overigens ook - maar in mindere mate (368 maal in 2011) - uitgevoerd door andere reclasseringsorganisaties dan de specifieke verslavingsreclassering.

De Inrichting voor Stelselmatige Daders

Sinds 2004 kunnen stelselmatige daders van 18 jaar en ouder de maatregel ISD opgelegd krijgen. De ISD kan voor maximaal twee jaar door de rechter worden opgelegd (zie § 2.3).

- Tollenaar en Van der Laan (2012) laten zien dat de meerderheid van de groep zeer actieve veelplegers, waartoe de stelselmatige daders behoren, in 2003-2009 verslaafd was. In 2011 waren er 479 tot 501 personen per maand onder de ISD-maatregel gebracht, met een gemiddelde van 494 per maand (zie figuur 12.3). In 2012 gaat het om 472 tot 501 personen per maand, gemiddeld 488. Deze aantallen zijn ongeveer gelijk aan 2010 (toen was het gemiddelde per maand 493), maar lager dan in 2009 2008 en 2007. Sinds 2010 is het aantal ISD-gemaatregelden per maand min of meer stabiel.

Figuur 12.3 Aantal ISD'ers, bezetting per maand, januari 2005 tot en met december 2012



Bron: DJI.

- ISD'ers kunnen verblijven in regulier regime (in een penitentiaire inrichting zonder gedragsinterventies), trajectregime (ze volgen gedragsinterventies in detentie) of extramuraal (ze volgen interventies of zorgtrajecten buiten detentie).
- In 2011 en in 2012 verbleef gemiddeld 16 procent van de ISD'ers per maand in regulier regime (tabel 12.3). Het aandeel is vrij stabiel sinds 2010.
- De meerderheid participeert in een trajectregime met gedragsinterventies: 84 procent in 2011 en 2012. De meeste trajecten vinden plaats binnen de penitentiaire inrichting: 52 procent in 2011 en 51 procent in 2012. Rond eenderde neemt deel aan een extramuraal traject (buiten de penitentiaire inrichting). Dit aandeel neemt licht toe (tabel 12.3).

- Uit onderzoek is gebleken dat de ISD een statistisch klein effect heeft op het al dan niet recidiveren en op de gemiddelde frequentie van de recidive van gemaatregelden, terwijl ook door het opleggen van de ISD-maatregel gemiddeld 5,7 strafzaken en gemiddeld minimaal 9,2 strafbare feiten voorkomen zijn (Tollenaar en Van der Laan, 2012).

Tabel 12.3 Percentage ISD'ers in verschillende regimes, 2009-2012

Regime	2009	2010	2011	2012
Traject buiten detentie	24%	30%	32%	33%
Traject binnen detentie	57%	55%	52%	51%
Regulier detentieregime	19%	15%	16%	16%
N gemiddeld per maand	528	493	494	488

Bron: DJI.

Bijlage A Verklaring van begrippen

Deze bijlage bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden begrippen verklaard op het terrein van middelengebruik en verslaving. In het tweede deel worden begrippen verklaard op het terrein van de drugscriminaliteit.

I. Middelengebruik en verslaving

Actueel gebruik

Het gebruik van een middel in de afgelopen maand, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers (gebruik afgelopen jaar), die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

Afhankelijkheid

Zie: Verslaving.

Allochtoon, buitenlands, etnisch

Door verschillen in definities zijn cijfers over allochtonen niet altijd met elkaar vergelijkbaar. Enkele definities zijn:
Volgens het ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit Jaarbericht (tenzij anders aangegeven): "allochtoon" is een inwoner van Nederland die in het buitenland is geboren, of een inwoner van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren.
Volgens het CBS: "allochtoon" is een inwoner van Nederland van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren, ongeacht het geboorteland van de persoon zelf.
Volgens de GGD Amsterdam: "buitenlander" is een inwoner die zelf in het buitenland is geboren.
Volgens het LADIS: "allochtoon" is een cliënt die volgens de eigen beleving een culturele herkomst heeft van buiten Nederland.

Ambulante verslavingszorg

Verslavingszorg waarbij de cliënt niet wordt opgenomen in een instelling. Bij intramurale verslavingszorg wordt de cliënt wel opgenomen in een instelling.

Armoedecoke

Zie: Boerencoke.

Autochtoon

Volgens het ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit jaarbericht (tenzij anders aangegeven): “autochtoon” is een persoon die in Nederland is geboren én wiens beide ouders in Nederland zijn geboren.

Boerencoke

Anders dan de naam suggereert, is ‘boerencoke’ of ‘armoedecoke’ géén vorm van coke, dat wil zeggen cocaïne. Boerencoke is speed, dat wil zeggen amfetamine. De uitdrukking ‘boerencoke’ is ontstaan uit het gebruik van amfetamine door plattelandsjongeren als een goedkoper vervangingsmiddel voor de duurdere cocaïne. Amfetamine die op deze manier wordt gebruikt werd daarom aanvankelijk betiteld als ‘de boerenkool van de coke’. Deze uitdrukking is vervolgens verkort tot de nu gangbare uitdrukking ‘boerencoke’.

Buprenorfine

Net als methadon is buprenorfine een vervangingsmiddel voor heroïne en wordt het als medicijn gebruikt voor de behandeling van heroïneverslaving. Vergeleken met methadon heeft buprenorfine als voordeel dat er minder risico’s zijn verbonden aan een overdosis, er minder ontwenningsverschijnselen zijn na het stoppen met gebruik en het risico op misbruik en verslaving lager is.

Chinezen

Het roken van heroïne vanaf folie.

Cliënt LADIS

Cliënt van de verslavingszorg waarvan enkele gegevens over diens achtergrond, hulpvraag en ontvangen hulp anoniem staan geregistreerd in het LADIS, het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. Cliënten staan ingeschreven bij de verslavingszorg voor vele vormen van hulp variërend van een therapeutische behandeling tot hulp in de vorm van schuldsanering, methadonverstrekking, reclassering, of gecontroleerde toegang tot een gebruikersruimte. Cliënten die na enige tijd geen gebruik meer maken van de hulpverlening, worden automatisch uitgeschreven en tellen niet meer mee met het aantal cliënten. Binnen het LADIS wordt gecorrigeerd op dubbeltellingen. Dezelfde persoon telt maar één keer mee bij de bepaling van het aantal cliënten.

Dagopname

Opname in een ziekenhuis voor maximaal één dag waarbij de patiënt niet overnacht in het ziekenhuis.

DSM

DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De DSM is een handleiding om te bepalen welke psychische stoornis iemand heeft. Verslaving is

volgens de DSM één van de psychische stoornissen. De DSM-III-r is de derde gewijzigde (revised) versie en de DSM-IV is de vierde versie.

Gebruik
Het gebruik van een middel ooit in het leven (ooitgebruik), in het afgelopen jaar (recent gebruik), of in de afgelopen maand (actueel gebruik). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers, die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers.

Gemakszaken
Zie: Tabaks- en gemakszaken.

Hallucinatie
Gewaarwording (zien, horen of voelen) die iemand heeft, maar die andere mensen niet hebben. Hallucinaties kunnen een symptoom zijn van een psychische stoornis, maar worden door sommige mensen bewust opgeroepen via hallucinogenen.

Hallucinogenen
Middelen die hallucinaties oproepen zoals paddo's en LSD. Ook wel psychodysleptica genoemd. Ook cannabis kan soms hallucinaties veroorzaken.

Hardcore
Harde vorm van muziek op houseparty's.

Harddrugs
Drugs op lijst I van de Opiumwet. Deze drugs vormen een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Tot de harddrugs horen bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, crack, ecstasy en amfetamine.

Hepatitis
Een besmettelijke ziekte waarbij de lever wordt aangetast door het hepatitis virus. Het hepatitis virus komt voor in verschillende vormen: onder andere het hepatitis A, het hepatitis B (HBV) en het hepatitis C (HCV) virus.

Hoofddiagnose
De belangrijkste ziekte waarvoor iemand in ziekenhuis wordt opgenomen.

ICD
International Classification of Diseases. De ICD is het diagnostisch classificatiesysteem van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) voor lichamelijke ziektes, ongevallen en psychische stoornissen. Ook doodsoorzaken worden in ICD-codes geregistreerd. De ICD-9 is de negende en de ICD-10 is de tiende versie. Zie ook bijlage C.

Incident

Een drugsgerelateerde acute stoornis waarvoor medische hulp wordt gezocht. Hieronder vallen zowel de lichamelijke en psychische effecten van intoxicaties, inclusief acute onthoudingsverschijnselen, als trauma's zoals ongevallen, suïcides en mishandeling die plaatsvinden terwijl het slachtoffer onder invloed van een "drug" is. Een verband met drugsgebruik wordt vermoed op basis van het klinisch beeld en de anamnese, bij de patiënt zelf of diens omgeving. Meestal vindt geen verificatie plaats door analyse van bloed of urine. Onderrapportage, door het niet herkennen van signalen van drugs- (of alcohol)gebruik, kan voorkomen.

Intramurale verslavingszorg

Verslavingszorg waarbij de cliënt wordt opgenomen in een instelling.

Klinische opname

Opname in een ziekenhuis waarbij de patiënt één of meer nachten in het ziekenhuis verblijft.

Misbruik

Een vorm van problematisch gebruik van een middel waarbij (nog) geen sprake is van verslaving. Misbruik wordt vastgesteld via diagnostische classificatiesystemen zoals de DSM en de ICD. Kenmerken van misbruik zijn: verplichtingen thuis op school of op het werk niet nakomen, gebruik in gevaarlijke situaties (bijvoorbeeld autorijden onder invloed), in aanraking komen met justitie en doorgaan met het gebruik ondanks de problemen die daardoor ontstaan.

Nederwiet

Wiet (een cannabisproduct) die in Nederland wordt geproduceerd.

Nevendiagnose

Een aanvullende of onderliggende ziekte waarvoor iemand, naast de belangrijkste ziekte (de hoofddiagnose), in het ziekenhuis wordt opgenomen.

Ooitgebruik

Het gebruik van een middel ooit in het leven, ongeacht de frequentie (van éénmalig tot dagelijks). Het ooitgebruik zegt nog niets over het recent of het actueel gebruik. Iemand die al lang geleden eens met een middel experimenteerde dat voor de toenmalige generatie populair was, blijft de rest van zijn of haar leven meetellen met de ooitgebruikers.

Parkstad Limburg

Het samenwerkingsverband tussen de Zuid-Limburgse gemeenten Brunssum, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Nuth, Onderbanken, Simpelveld en Voerendaal. (De gemeente Nuth heeft zich inmiddels onttrokken aan het samenwerkingsverband.)

Partydrugs
Drugs die door sommige feestgangers worden gebruikt op feesten, zoals ecstasy, amfetamine, cannabis, GHB en LSD.

Polydrugsgebruik
Het gebruik van meerdere drugs door elkaar, bijvoorbeeld heroïne en cocaïne.

Primair probleem
Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het primaire probleem het middel dat de grootste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het secundaire probleem.

Primaire doodsoorzaak
De directe oorzaak van iemands overlijden. Overlijdt iemand direct door een overdosis drugs, dan is dat de primaire doodsoorzaak. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond onder de invloed van een drug, dan is het ongeval de primaire doodsoorzaak. De drug is dan een secundaire doodsoorzaak.

Problematisch gebruik
Het gebruik van een middel op zo'n manier dat hierdoor lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan, of op zo'n manier dat maatschappelijke overlast ontstaat. Problematisch gebruik is niet altijd verslaving. "Misbruik" is een vorm van problematisch gebruik waarbij geen sprake is van verslaving.

Psychonauten
Een "psychonaut" is letterlijk iemand die op reis gaat in de geest. Als psychonauten drugs gebruiken, dan doen ze dat om hun mentale ontdekkingsreis te stimuleren. Sommige psychonauten gebruiken alleen natuurlijke drugs zoals paddo's en cactussen. Andere psychonauten gebruiken ook synthetische drugs als mentaal vervoersmiddel. Op de website www.psychonaut.com wisselen psychonauten hun ervaringen uit.

Psychose
Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die die door andere mensen niet worden waargenomen. Duurt de stoornis niet langer dan één maand, dan spreekt men van een kortdurende psychotische stoornis.

Recent gebruik
Het gebruik van een middel in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Recente gebruikers tellen automatisch mee met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

Recreatief gebruik

Gebruik van een middel (doorgaans in de vrije tijd) waarbij van het middel wordt genoten zonder dat er sprake is van problematisch gebruik (misbruik of verslaving).

Schizofrenie

Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Door de stoornis functioneert men slechter op school, werk en in het gezin. Men spreekt pas van schizofrenie als de stoornis minimaal zes maanden duurt.

Secundair probleem

Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het secundaire probleem het middel dat relatief de minste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het primaire probleem.

Secundaire doodsoorzaak

Een oorzaak die indirect heeft bijgedragen aan het overlijden. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond terwijl hij/zij onder de invloed was van een drug, dan is de drug een secundaire doodsoorzaak.

Softdrugs

Drugs op lijst II van de Opiumwet, met name cannabis. Drugs waarvan het risico voor de volksgezondheid als minder groot wordt ingeschat dan het risico van de harddrugs op lijst I van de Opiumwet.

Speciaal onderwijs

Onderwijs aan kinderen die extra begeleiding ontvangen op een Regionaal Expertise Centrum (REC), in het praktijkonderwijs (pro), of in het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo).

Startleeftijd

Leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt. De startleeftijd kan worden bepaald voor de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven), de recente gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar) en de actuele gebruikers (gebruik in de afgelopen maand). Ook kan de startleeftijd worden bepaald voor verschillende leeftijdsgroepen. De startleeftijd hangt af van de groep waarvoor deze wordt berekend. Zo lag in 2005 voor de ooitgebruikers van cannabis de startleeftijd in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar op gemiddeld 16,4 jaar en in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar op gemiddeld 19,6 jaar. De gemiddelde startleeftijd kan in een jonge leeftijdsgroep lager zijn dan in een brede leeftijdgroep doordat eventuele ‘late starters’ van een middel niet worden meegenomen in de berekeningen. Op hogere leeftijd kunnen echter vertekeningen optreden in de herinnering van de leeftijd waarop men voor het eerst

een middel gebruikte. Gegevens over startleeftijd moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Tabaks- en gemakszaken

Winkels waarin doorgaans producten worden verkocht zoals tabaksproducten (sigaretten, sigaren, shag), rokersbenodigdheden (pijpen, aanstekers), tijdschriften, kranten, wenskaarten, snacks, zoetwaren en loten (staatsloten, lottoformulieren, krasloten).

THC

Tetrahydrocannabinol, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis.

Verslaving

Problematisch gebruik van een middel waarbij sprake is van afhankelijkheid. Doorgaans verstaat dit Jaarbericht onder "verslaving" de klinische diagnose van afhankelijkheid. Voor justitiële monitors is het echter niet mogelijk om klinische diagnoses te stellen. Justitiële monitors registreren bijvoorbeeld extra gevaar vanwege drugsgebruik of 'duidelijke aanwijzingen voor verslaving' (zie § 8.3.2., SRM). De klinische diagnose van afhankelijkheid wordt vastgesteld via classificatiesystemen als de DSM en de ICD. Kenmerken van afhankelijkheid zijn: vaak in grote hoeveelheden of langere tijd gebruiken, steeds meer van het middel nodig hebben voor het gewenste effect (gewenning), onthoudingsverschijnselen, het middel gebruiken tegen onthoudingsverschijnselen, willen stoppen terwijl dat niet lukt, veel tijd besteden om aan het middel te komen of om er van te herstellen, opgeven van belangrijke bezigheden thuis, op school, op het werk, of de vrije tijd en doorgaan met het gebruik ondanks het besef dat dit veel problemen oplevert.

II. Drugscriminaliteit [1]

Afdoening door de rechter

Eindbeslissing, door schuldigverklaring, vrijspraak, ontslag van alle rechtsvervolging of een van de overige einduitspraken.

Afdoening door openbaar ministerie

Eindbeslissing over een bij het parket ingeschreven proces-verbaal door sepot, voeging ad informandum, voeging ter berechting, transactie of overdracht aan een ander parket, strafbeschikking.

Antecedent

Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van één of meer misdrijven is opgemaakt.

---

[1] Bron van begrippenlijst: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2003; Bewerking WODC.

Beleidssepot
Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit op grond van het algemeen belang.
Zie ook: Sepot.

Dagvaarding
Officieel geschrift dat iemand oproept op een bepaalde tijd voor de rechter te verschijnen in verband met het de vervolging van een aan de opgeroepene ten laste gelegd strafbaar feit (strafprocesrecht).

Drang
Bij drang probeert men een gebruiker, die zich in het strafrechtelijk systeem bevindt vanwege een zoveelste delict, in de richting van een zorgtraject te 'duwen'. De gebruiker krijgt de keuze tussen een zorgtraject of een strafrechtelijke sanctie. De keuze wordt beïnvloed: als de gebruiker kiest voor een zorgtraject kan hij niet alleen zijn situatie verbeteren, maar worden ook de verdere vervolging en straf geschorst of opgeschort. Doet hij dat niet, of houdt hij zich niet aan de voorwaarden van justitie, dan volgt tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke sanctie.

Dwang
Bij dwang heeft de gebruiker in tegenstelling tot "drang" geen keuze. Hij kan worden opgenomen en/of behandeld zonder zijn instemming.
Zie ook: Drang.

Eerste aanleg, (in -)
Primaire rechterlijke instantie waar een zaak wordt behandeld.

Gevangenisstraf
Vrijheidsstraf, levenslang of tijdelijk met een strafduur van ten hoogste dertig jaar, in de regel ondergaan in een gevangenis.
Zie ook: Hechtenis.

Gewone strafzaak rechtbanken
Strafzaak die in eerste aanleg tot de competentie van de rechtbank behoort, met uitzondering van fiscale en economische delicten.

Hechtenis
Principale - : vrijheidsstraf met een strafduur van maximaal 1 jaar en 4 maanden, van lichtere aard dan gevangenisstraf en in de regel ondergaan in een huis van bewaring
Subsidiaire - : vrijheidsstraf vanwege niet of niet volledige betaling van geldboete of het niet uitvoeren van een opgelegde taakstraf.

Inverzekeringstelling
Vrijheidsbeneming gedurende ten hoogste vier dagen op bevel van de (hulp-)officier van justitie, wanneer de tijd dat een verdachte voor verhoor mag worden opgehouden (zes uur) niet voldoende is.

Meerderjarige verdachte
Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit 18 jaar of ouder is.

Minderjarige verdachte
Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit jonger is dan 18 jaar. Afhandeling van (jeugd)zaken van eenvoudige aard gebeurt veelal via Halt(bureaus).
NB. Niemand kan strafrechtelijk worden vervolgd voor een feit begaan voordat hij de leeftijd van 12 jaar heeft bereikt.

Misdrijf
Strafbaar feit van de zware soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten in misdrijven en overtredingen is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; berechting in eerste aanleg gebeurt in de meeste gevallen door de rechtbank.
Zie ook: Overtreding.

Niet-ontvankelijkheid
Eindbeslissing waarbij de rechter het openbaar ministerie het recht te vervolgen ontzegt, op grond van procedurefouten of 'undue delay'.

Onherroepelijke uitspraak
Beslissing van de rechter waartegen geen (gewoon) rechtsmiddel meer openstaat.

Ontslag van (alle) rechtsvervolging
Beslissing van de rechter, waarbij hij het door de officier van justitie ten laste gelegde feit wel bewezen acht maar van oordeel is dat het feit of de verdachte niet strafbaar is.
Zie ook: Schuldigverklaring, Vrijspraak.

Openbaar ministerie (OM)
Overheidsorgaan met als taken: wetten te handhaven, strafbare feiten op te sporen en te vervolgen, strafvonnissen ten uitvoer te leggen en de rechter te informeren voor zover de wet dat voorschrijft.

Opgehelderd misdrijf
Misdrijf waarbij tenminste één verdachte bij de politie bekend werd, ook al is hij voortvluchtig of ontkent hij het (strafbare) feit te hebben gepleegd.

Ophelderingspercentage

Het totaal aantal in een bepaalde periode opgehelderde misdrijven in relatie tot het totaal aantal in dezelfde periode door de politie opgemaakte processen-verbaal terzake van gelijk(soortig)e misdrijven, uitgedrukt in procenten.

Overtreding

Strafbaar feit van de lichte soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; afdoening veelal met een schikking/transactie via het openbaar ministerie of berechting in eerste aanleg door de rechtbank sector kanton.
Zie ook: Misdrijf.

Proces-verbaal

Op schrift gestelde verklaring van een opsporingsambtenaar over door hem waargenomen feiten of omstandigheden.

Rechtbank

Rechtscollege dat in eerste aanleg kennis neemt van alle zaken waarvoor niet een andere rechter is aangewezen. Er zijn 19 rechtbanken.
NB. De sector kanton (vroeger: kantongerecht) is sinds 1 januari 2002 opgenomen in de organisatie van de rechtbank.

Reclassering

Instantie die zich ten doel stelt door haar inspanningen een aantoonbare bijdrage te leveren aan de herinpassing van reclasseringscliënten in de samenleving. Daarmee wordt tevens beoogd herhaling van strafbaar gedrag te voorkomen. Dit doet zij door onderzoek en rapportage omtrent de persoon en omstandigheden van de verdachte of veroordeelde, het opstellen van plannen van aanpak om de gestelde doelen te bereiken, het uitoefenen van begeleiding en toezicht tijdens de uitvoering daarvan en het toezicht op de uitvoering van taakstraffen. Slechts in die gevallen dat er duidelijke aanknopingspunten zijn voor gedragsverandering en de kans op succes in grote mate aanwezig lijkt, zullen intensieve programma's met dat doel worden aangewend.

Schuldigverklaring

Uitspraak door de rechter, waarbij hij het door het openbaar ministerieten laste gelegde feit bewezen en een strafbaar feit acht en van oordeel is dat de verdachte strafbaar is.

Sepot

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het, op beleidsmatige of technische gronden, afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit.
Zie ook: Beleidssepot, Technisch sepot.

Strafzaak
Het bij een parket ingeschreven proces-verbaal ten aanzien van één verdachte.

Technisch sepot
Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het afziet van vervolging van een strafbaar feit omdat het van mening is dat vervolging niet tot een veroordeling zal leiden (bijvoorbeeld omdat voldoende bewijs ontbreekt of omdat het feit of de verdachte niet strafbaar is).

Transactie (juridisch)
Het onder bepaalde omstandigheden ter voorkoming van strafvervolging voldoen aan een of meer door de opsporingsambtenaar (politie) of het openbaar ministerie (officier van justitie) gestelde voorwaarden, zoals het betalen van een geldsom ('boete'), waardoor het recht tot strafvervolging vervalt.

Verdachte
Voor het begin van de vervolging is hij degene van wie uit feiten of omstandigheden een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit wordt aangenomen, daarna is hij degene tegen wie de vervolging is gericht.

Vervroegde invrijheidstelling
Het uit hoofde van de wet in beginsel vervroegd vrijlaten uit de penitentiaire inrichting van tot duurzame vrijheidsstraf veroordeelde personen.

Voeging ad informandum
Het voegen, door het openbaar ministerie, van een strafzaak zonder tenlastelegging bij een andere zaak die aan de rechter wordt voorgelegd, met het doel de rechter bij de bepaling van de strafmaat rekening te laten houden met de gevoegde zaak.
Zie ook: Afdoening door openbaar ministerie.

Voeging ter berechting
Het samenvoegen, door het openbaar ministerie, van ingeschreven strafzaken, met het doel de rechter bij één vonnis verschillende zaken tegelijk te laten afdoen.
Zie Afdoening door openbaar ministerie.

Voeging ter zitting
Het samenvoegen, door de rechter, van onder verschillende parketnummers ingeschreven strafzaken, met het doel deze zaken als één strafzaak te behandelen.
Zie Afdoening door de rechter.

Vonnis
Gemotiveerde bindende uitspraak van de rechter in een voor hem gevoerd rechtsgeding.

Voorlopige hechtenis

Vrijheidsbeneming in een huis van bewaring voorafgaand aan behandeling ter terechtzitting, in het algemeen toegepast bij verdenking van een ernstig delict (misdrijf waarop een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld), op grond van ernstig vluchtgevaar en/of een gewichtige reden van maatschappelijke veiligheid, bij voorbeeld vrees voor herhaling.

Vrijspraak

Uitspraak, door de rechter, waarbij hij niet bewezen acht dat het door de officier van justitie ten laste gelegde feit door de verdachte is gepleegd.
Zie ook: Ontslag van rechtsvervolging, Schuldigverklaring.

Bijlage B Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes

Verklaring van ICD-9 codes

ICD-9 code	Verklaring
162	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea, brochus en long
291	Alcohol psychosen
292	Drug psychosen
303	Alcoholverslavingssyndroom
304	Verslaving aan drugs
304.0	Verslaving aan opiaten en dergelijke
304.1	Verslaving aan barbituraten of aan sedativa en hypnotica met verwante werking
304.2	Verslaving aan cocaïne
304.3	Verslaving aan cannabis
304.4	Verslaving aan amfetamine en andere psychostimulantia
304.7	Verslaving aan opiaten in combinatie met andere drugs
305	Misbruik van drugs of andere middelen zonder verslaving
305.0	Misbruik van alcohol
305.2	Misbruik van cannabis
305.3	Misbruik van hallucinogenen
305.4	Misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking
305.5	Misbruik van opiaten
305.6	Misbruik van cocaïne
305.7	Misbruik van amfetamine of sympathicomimetica met verwante werking
305.8	Misbruik van antidepressiva en dergelijke
305.9	Misbruik van overige, gemengde of niet gespecificeerde middelen
357.5	Alcoholische polyneuropathie
425.5	Alcoholische cardiomyopathie
535.3	Alcoholische gastritis
571.0	Alcoholische vetlever
571.1	Acute alcohol hepatitis
571.2	Alcoholische levercirrose
571.3	Niet gespecificeerde alcoholische leverbeschadiging
980.0-1	Toxisch gevolg van alcohol
E850	Accidentele vergiftiging door analgetica, antipyretica en antireumatica
E850.0	Accidentele vergiftiging door heroïne
E854.1	Accidentele vergiftiging door psychodysleptica (hallucinogenen)
E854.2	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
E855.2	Accidentele vergiftiging door lokale anesthetica (waaronder cocaïne)
E860.0-2	Niet opzettelijke vergiftiging door alcoholische dranken (ethanol/methanol)
E950.9*	Suïcide door vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen
E980.9*	Vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen, waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden

** Alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is.*

Verklaring van ICD-10 codes

ICD-10 code	Verklaring
C33	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea
C34	Kwaadaardige nieuwvormingen van bronchus en long
F10	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol
F11	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten
F12	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis
F13	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica
F14	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne
F15	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen
F18	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van vluchtige oplosmiddelen
F19	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van meerdere drugs en andere psychoactieve middelen
G31.2	Degeneratie van zenuwstelsel door alcoholgebruik
G62.1	Alcoholische polyneuropathie
I42.6	Alcoholische cardiomyopathie
K29.2	Alcoholische gastritis
K70.0	Alcoholische vetlever
K70.1	Alcoholische hepatitis
K70.2	Alcoholische leverfibrose en leversclerose
K70.3	Alcoholische levercirrose
K70.4	Alcoholische leverinsufficiëntie
K70.9	Alcoholische leverziekten, ongespecificeerd
K86.0	Alcoholische pancreasontsteking
T40.0	Vergiftiging door opium
T40.1	Vergiftiging door heroïne
T40.2	Vergiftiging door overige opiaten (codeïne, morfine)
T40.3	Vergiftiging door methadon
T40.4	Vergiftiging door overige synthetische drugs (pethidine)
T40.5	Vergiftiging door cocaïne
T40.6	Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde drugs
T40.7	Vergiftiging door cannabis(derivaten)
T40.8	Vergiftiging door lysergide (LSD)
T40.9	Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde psychodysleptica (hallucinogenen, mescaline, psilocine, psilocybine)
T43.6	Vergiftiging door psychostimulantia met mogelijkheid tot misbruik (met uitzondering van cocaïne, zie T40.5)
T51.0-1	Toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol (alleen als secundaire code)
X41 + T43.6	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
X42	Accidentele vergiftiging door narcotica en psychodysleptica (hallucinogenen) niet elders geclassificeerd
X42 + T40.5	Accidentele vergiftiging door cocaïne
X45*	Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol
X61 + T43.6	Suïcide door psychostimulantia

ICD-10 code	Verklaring
X65*	Opzettelijke auto-intoxicatie door alcohol
Y11 + T43.6	Vergiftiging door psychostimulantia waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden
Y15*	Vergiftiging door en blootstelling aan alcohol- opzet niet bepaald

**Alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is.*

Bijlage C Drugsgebruik in enkele 'nieuwe' EU-lidstaten

Consumptie van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking van enkele 'nieuwe' lidstaten van de Europese Unie

Lidstaat	Jaar	Leeftijd (jaar)[I]	Cannabis		Cocaïne		Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent
Tsjechië	2011	15 - 64	24,9%	8,9%	1,4%	0,6%	5,8%	1,6%	2,1%	0,8%
Slowakije	2010	15 - 64	10,5%	3,6%	0,6%	0,2%	1,9%	0,5%	0,5%	0,1%
Letland	2011	15 - 64	12,5%	4,0%	1,5%	0,2%	2,7%	0,2%	2,2%	0,3%
Litouwen	2008	15 - 64	11,9%	5,6%	0,5%	0,2%	2,1%	1,0%	1,6%	0,7%
Polen	2010	15 - 64	17,5%	9,6%	1,3%	0,7%	1,8%	1,5%	2,3%	1,9%
Hongarije	2007	18 - 54	8,5%	2,3%	0,9%	0,2%	2,4%	0,5%	1,8%	0,5%
Cyprus	2009	15 - 64	11,6%	4,4%	3,0%	1,2%	2,0%	0,6%	0,7%	0,3%
Bulgarije	2008	15 - 64	4,4%	2,7%	1,7%	0,7%	1,7%	0,7%	2,1%	0,9%
Malta	2001	18 - 64	3,5%	0,8%	0,4%	0,3%	0,7%	0,2%	0,4%	0,0%
Roemenië	2010	15 - 64	1,6%	0,3%	0,3%	0,1%	0,7%	0,2%	0,1%	0,0%
Estland	2008	15 - 64	-	6,0%	-	0,7%	-	1,2%	-	1,1%
Slovenië	2007	15 - 64	-	3,1%	-	-	-	-	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard (15-64 jaar) zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. - = niet gemeten. Bron: EMCDDA.

Bijlage D Toelichting op de kernindicatoren

Wat betekenen de epidemiologische kernindicatoren?

De kernindicatoren van het EMCDDA zijn bedoeld om de stand van de drugsproblematiek weer te geven en ontwikkelingen te kunnen monitoren. Ook dienen zij bij te dragen aan een bredere analyse van beleidsuitkomsten, al kleven hier veel haken en ogen aan (Van Laar en Van Ooyen, 2009). Het EMCDDA heeft voor vijf drugsindicatoren protocollen ontwikkeld, die de EU-lidstaten moeten gebruiken bij de gegevensverzameling (EMCDDA, 2009). Doel is dat op Europees niveau gegevens over drugsgebruik en de gevolgen daarvan tussen landen (beter) vergelijkbaar zijn. Ondanks duidelijke vooruitgang is dit einddoel nog niet bereikt. Verschillen tussen landen, zeker als deze klein zijn, moeten daarom nog steeds voorzichtig worden geïnterpreteerd. In dit jaarbericht wordt de situatie rondom de consumptie van alcohol en tabak ook aan de hand van deze indicatoren beschreven; deze gegevens zijn op een paar uitzondering na niet op een internationaal gestandaardiseerde wijze verzameld.

Middelengebruik in de algemene bevolking (en scholieren)

Bevolkingsonderzoeken naar middelengebruik geven zicht op de omvang van het gebruik en risicogroepen en - indien periodiek uitgevoerd volgens de zelfde methode – ontwikkelingen hierin. Bij de beschrijving van het gebruik van alcohol en drugs worden doorgaans verschillende groepen gebruikers onderscheiden. De grootste groep bestaat uit mensen die ooit in hun leven één of meer keer alcohol en/of drugs hebben geconsumeerd (ooitgebruik), al is dat jaren geleden. Een betere indicator van actuele ontwikkelingen vormt het percentage mensen dat pas nog, in het laatste jaar of maand, een middel heeft gebruikt (recent en actueel gebruik).

De wijze waarop de vragen worden gesteld (bijv. schriftelijk, telefonisch of 'face-to-face') en de interviewomstandigheden (bijv. aanwezigheid van een ouder) kunnen van invloed zijn op de geneigdheid om middelengebruik 'toe te geven'. Gezien het relatief liberale klimaat in Nederland ten aanzien van drugsgebruik, vooral van cannabis, zal onderrapportage van drugsgebruik in Nederland minder voorkomen dan in landen met een repressief beleid waar wettelijke en/of sociale sancties staan op het gebruik van drugs. Toch suggereren de doorgaans lagere prevalenties van drugsgebruik verkregen via face-to-face interviews vergeleken met die verkregen via minder directe, meer anonieme, methoden, dat ook in Nederland illegaal drugsgebruik blijkbaar een gevoelig onderwerp is (Rodenburg et al., 2007; CBS, K. Knoops, persoonlijke communicatie).

Van belang is verder de mate waarin de aangezochte 'respondenten' daadwerkelijk aan de peiling meedoen. Dat kan uiteenlopen van minder dan 50 tot bijna 100 procent. Een lage 'respons' doet twijfelen aan de betrouwbaarheid van de bevindingen.

Trends in de prevalentie van middelengebruik zijn vaak lastig te duiden vanwege tal van op elkaar inwerkende factoren die hier op van invloed kunnen zijn. Voorbeelden van zulke factoren zijn nationaal en internationaal beleid; effectieve interventies; productie, beschikbaarheid en toegankelijkheid van drugs en andere middelen; economische factoren (zoals inkomen); waargenomen risico's van gebruik; de sociale omgeving; en cultuur, leefstijl en modes, en de rol die het middelengebruik hierbij speelt.

Problematisch middelengebruik

Er is geen algemeen geldende definitie van 'problematisch gebruik'. Het EMCDDA hanteert voor problematisch drugsgebruik de volgende definitie: "injecterend drugsgebruik of langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetamines". Dit is een brede definitie waarin ook harddrugsgebruikers die bijvoorbeeld methadon ontvangen en sociaal goed functioneren worden meegerekend. In Nederland worden op lokaal en nationaal niveau uiteenlopende definities gebruikt en vergelijkingen moeten derhalve met grote voorzichtigheid worden gemaakt. Voor andere middelen, zoals cannabis en alcohol, worden vaak de criteria van misbruik en afhankelijkheid volgens internationale classificatiesystemen gebruikt, zoals de DSM of ICD.

In onderzoek naar middelengebruik in de algemene bevolking worden respondenten doorgaans geselecteerd op basis een willekeurige steekproef uit het bevolkingsregister. Gemarginaliseerde groepen, zoals chronische harddrugsgebruikers, die geregeld in instellingen verblijven of geen vast woonadres hebben, zijn dus sterk ondervertegenwoordigd in dit type onderzoek. Voor het schatten van de omvang van de groep probleemgebruikers van harddrugs zijn daarom tal van speciale technieken ontwikkeld. Voorbeelden zijn de capture-recapture methode en de 'multiplier' methode. Deze methoden zijn er op gebaseerd dat een deel van de drugsgebruikers in het vizier is van de hulpverlening en/of de politie en als zodanig zijn geregistreerd. Een ander deel komt niet in contact met deze registrerende instellingen, de zogenaamde 'verborgen populatie. Dit deel kan worden bijgeschat met bepaalde statistische technieken om tot een totaalschatting van de groep probleemgebruikers te komen. Bedacht moet worden dat dergelijke prevalentie schattingen doorgaans een behoorlijke foutenmarge kennen en weinig nauwkeurig zijn.

Hulpvraag

Een deel van de probleemgebruikers van alcohol of drugs zoekt hulp bij een instelling voor verslavingszorg of wordt opgenomen in een ziekenhuis. Gegevens over de omvang van aantallen cliënten en cliëntprofielen geven informatie over (trends) in de hulpvraag en dragen bij aan het plannen en evalueren van de zorg aan alcohol- en drugsgebruikers. Ook kunnen deze gegevens een indirecte indicator zijn van trends in het probleemgebruik maar andere factoren, zoals de omvang en kwaliteit van het behandelaanbod, registratieproblemen, of veranderingen in het doorverwijzen (bijv. meer via de eerstelijnszorg), kunnen echter evenzeer van invloed zijn op het aantal geregistreerde cliënten. Ook moet worden bedacht dat mensen die bij de hulpverlening komen in zekere zin 'atypisch' zijn voor de totale groep mensen met een verslavings-

probleem. Er zijn indicaties dat verslaafden die hulp vragen er erger aan toe zijn dan verslaafden die dat nog niet doen. Zo komen (comorbide) psychische problemen doorgaans vaker voor bij cliënten van de verslavingszorg, dan bij mensen die 'alleen' met een verslavingsprobleem kampen.

Drugsgerelateerde infectieziekten

Het EMCDDA focust op het monitoren van de prevalentie van infecties met hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers. Deze gegevens zijn belangrijk voor het vaststellen van prioriteiten voor preventie, het inschatten van de (toekomstige) ziektelast en maatschappelijke kosten, en het monitoren van de effecten van preventieve interventies. Deze indicator is het minst gestandaardiseerd. De bronnen die beschikbaar zijn in de lidstaten lopen sterk uiteen, namelijk van steekproeven van drugsgebruikers (de gouden standaard), gegevens van screeningen van drugsgebruikers in behandeling of in gevangenissen, case reports en meldingen van gediagnosticeerde gevallen van hiv en hepatitis. Bovendien zijn er grote verschillen in dekkingsgraad (lokaal, regionaal, nationaal). In absolute zin zijn de gegevens tussen landen derhalve niet goed vergelijkbaar. Wel geven zij doorgaans een indicatie van ontwikkelingen in besmettingsgraad. Ook in Nederland zijn de gegevens gefragmenteerd, maar kunnen op basis van verschillende bronnen wel voorzichtig uitspraken worden gedaan over trends in de problematiek.

Sterfte gerelateerd aan alcohol en/of drugs

Sterfte door overdosis of andere oorzaken die samenhangen met middelengebruik worden gezien als meest ernstige en extreme gevolg van middelengebruik. Gegevens over omvang en aard van de sterfgevallen zijn bruikbaar om trends in probleemgebruik en risicogedrag (injecteren, polydrugsgebruik) te monitoren. In veel landen vormt de algemene doodsoorzakenstatistiek de bron voor acute drugssterfte ('overdosis'). Volgens het EMCDDA protocol gebeurt dit door gevallen te selecteren volgens een vastgestelde selectie van ICD-9 of ICD-10 codes, die betrekking hebben op de aard van de sterfte (accidenteel, opzettelijk, opzet onbekend) en soorten drugs. Er zijn verschillen tussen landen in de procedures om de doodsoorzaak vast te stellen, met name de aard van het post-mortem onderzoek (bijv. wel of geen toxicologische analyses). In landen waar bij vermoeden van een onnatuurlijke doodsoorzaak standaard post-mortem onderzoek wordt verricht is de kans op het ontdekken van een drugssterfgeval groter dan in landen waar dat niet gebeurt en/of waar de doodsoorzaak alleen op basis van uiterlijke kenmerken en omstandigheden wordt vastgesteld. Ook indien toxicologische gegevens beschikbaar zijn wordt deze informatie lang niet altijd gebruikt voor het coderen van de sterfte in de doodsoorzakenstatistiek. Dergelijke verschillen kunnen hun weerslag hebben op de vergelijkbaarheid van gegevens tussen landen. Drugsgebruikers kunnen ook door andere oorzaken dan een overdosis overlijden. Deze oorzaken kunnen los staan van het drugsgebruik (bijvoorbeeld ouderdom) of hieraan gerelateerd zijn (zoals een uitputtende leefstijl, infectieziekten door injecteren). Deze algehele sterfte onder drugsgebruikers wordt in kaart gebracht in cohort onderzoek waarin drugsgebruikers over de jaren heen worden 'gevolgd'.

Voor de alcoholgerelateerde sterfte is een standaardprotocol niet beschikbaar. In de internationale literatuur zijn wel ICD-codes te traceren die worden gebruikt voor het bepalen van sterfte die gerelateerd is aan alcoholgebruik (WHO, 2000; Heale et al., 2002). Deze codes worden in dit jaarbericht gebruikt indien alcoholgebruik expliciet als oorzaak staat genoemd De cijfers weerspiegelen vrijwel zeker een onderschatting van de totale alcoholsterfte omdat de rol van alcoholgebruik bij de sterfte niet altijd herkend wordt.

Referenties

Toelichting

In de tekst van dit NDM Jaarbericht worden afkortingen gebruikt om te verwijzen naar publicaties van instellingen. In de tekst wordt bijvoorbeeld verwezen naar "(EMCDDA, 2012)". In onderstaande lijst van referenties wordt echter eerst de volledige naam van een instelling gehanteerd gevolgd door de afkorting, bijvoorbeeld "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012)". Zie voor de afkortingen ook de Lijst van afkortingen aan het begin van dit NDM Jaarbericht.

Asbridge, M., Hayden, J.A., Cartwright, J.L. (2012). Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ 344 : e536*.

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2011). *2010 National Drug Strategy Household Survey report.* AIHW: Canberra.

Baliunas, D.O., Taylor, B.J., Irving, H., Roerecke, M., Patra, J., Mohapatra, S. et al. (2009). Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care 32* (11): 2123-2132.

Benschop, A., Nabben, T., Korf, D. (2009). *Antenne 2008: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers.* Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Benschop, A., Korf, D.J. (2011). *De grote Spuiten en Slikken internetenquête 2011*. Bonger Instituut voor Criminologie: Amsterdam.

Benschop, A., Nabben, T., Korf, D.J. (2011). *Antenne 2010: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers.* Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Benschop, A., Nabben, T., Korf, D.J. (2013). *Antenne 2012: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers.* Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Beurmanjer, H., De Jong, M., Poelmans, I., De Weert-van Oene, G. (2012). TENDENS: *Trends in Wonen, Werken en Middelengebruik: De Gelderse sociale kwetsbaarheid- en middelenmonitor: Editie 2011-2012.* IrisZorg: Arnhem.

Bieleman, B., Kruize, A., Zimmerman, C. (2010). *Monitor alcoholverstrekking jongeren 2009: naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar Drank- en horecawet: tweejaarlijkse metingen 1999-2009.* Intraval: Groningen.

Bieleman, B., Kruize, A., Zimmerman, C. (2010a). *Monitor tabaksverstrekking jongeren 2009: naleving leeftijdsgrens 16 jaar: tweejaarlijkse metingen 1999 - 2009.* Intraval: Groningen-Rotterdam.

Bieleman, B., Nijkamp, R., Schaap, F. (2010b). *Monitor coffeeshopbeleid Rotterdam: 0- en 1-meting.* Intraval: Groningen-Rotterdam.

Bieleman, B., Nijkamp, R., Bak, T. (2012). *Coffeeshops in Nederland 2011: aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2011.* Intraval: Groningen-Rotterdam.

Bieleman, B., Kruize, A., Zimmerman, C. (2012a). *Monitor alcoholverstrekking jongeren 2011: naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar Drank- en Horecawet: tweejaarlijkse metingen 1999-2011.* Intraval: Groningen-Rotterdam.

Biesma, S., Nijkamp, R., Van Zwieten, M., Bieleman, B. (2009). *Drugsgebruik in Oldenzaal: inventarisatie soft- en harddrugsgebruik in de gemeente Oldenzaal.* Intraval: Groningen-Rotterdam.

Blomeyer, D., Friemel, C.M., Buchmann, A.F., Banaschewski, T., Laucht, M., Schneider, M. (2013). Impact of Pubertal Stage at First Drink on Adult Drinking Behavior. *Alcohol Clin Exp Res.* [Epub ahead of print]

Boden, J.M., Fergusson, D.M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction 106* (5): 906-914.

Boekhout van Solinge, T. (2001). *Op de pof: cocaïnegebruik en gezondheid op straat.* Stichting Mainline: Amsterdam.

Boelema, S., Ter Bogt, T., Van der Eijnden, R., Verdurmen, J. (2009). *Fysieke, functionele en gedragsmatige effecten van alcoholgebruik op de ontwikkeling van 16-18 jarigen.* Universiteit Utrecht/Trimbos-instituut: Utrecht.

Boendermaker, M., Biesma, S., Bieleman, B. (2011). *Monitor regionaal kompas Oost-Veluwe: metingen 2009 en 2010.* Intraval: Groningen-Rotterdam.

Boeynaems, G., Van der Lely, N., Van Hoof, J.J., Van Dalen, W., Rodrigues Pereira, R., Van de Wetering, B.J.M. (2013). *Factsheet Alcohol intoxicaties NSCK 2007 tot en met 2012*. STAP/NCSK/Reinier de Graaf Groep/Universiteit Twente/Bouman GGZ: Delft/Enschede/Utrecht/Rotterdam.

Boschloo, L., Vogelzangs, N., Smit, J.H., Van den Brink, W., Veltman, D.J., Beekman, A.T. et al. (2011). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord 131* (1-3): 233-242.

Bossong, M., Brunt, T., Van Dijk J., Rigter, S., Hoek, J., Goldschmidt, H. et al. (2010). mCPP: an undesired addition to the ecstasy market. *J Psychopharmacol* 24 (9): 1395-401.

Brien, S.E., Ronksley, P.E., Turner, B.J., Mukamal, K.J., Ghali, W.A. (2011). Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of interventional studies. *BMJ 342 : d636.*

Broekhuizen, J., Boers, J., Ruiter, S., Slot, J. (2011). *Angst voor coffeeshop in de buurt gegrond? Onderzoek naar de ervaren overlast van coffeeshops én vergelijkbare voorzieningen in 8 Amsterdamse buurten.* Gemeente Amsterdam, Dienst Onderzoek en Statistiek: Amsterdam.

Bruinsma, M.Y., Balogh, L.D., De Muijnck, J.A. (2008). *Geweld onder invloed: evaluatie van een nieuwe werkwijze van de politie gericht op versterking van de informatiepositie ten aanzien van alcohol- en drugsgebruik door geweldplegers.* IVA: Tilburg.

Brunt, T.M., Niesink, R.J. (2011). The Drug Information and Monitoring System (DIMS) in the Netherlands: implementation, results, and international comparison. *Drug Test.Anal. 3* (9): 621-634.

Brunt, T.M., Poortman, A., Niesink, R.J., Van den Brink, W. (2011). Instability of the ecstasy market and a new kid on the block: mephedrone. *J Psychopharmacol 25* (11): 1543-1547.

Bureau Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie (BEGJ) (2013). *Jaarverslag 2012.* Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie: Den Haag.
Buster, M., De Wit, M. (2010). Winterkoudeopvang in Amsterdam*. Verslaving 6* (3): 52-63.
Buster, M., Van Brussel, G. (2011). *De GGD Amsterdam en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: OGGZ-monitor 2010.* GGD Amsterdam: Amsterdam.
Buster, M., Witteveen, E., Tang, M.J. (2009). *Schatting problematische druggebruikers in Amsterdam.* GGD Amsterdam: Amsterdam.
Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS) (2012). *Summary of Results for 2011.* Health Canada: Ottowa, Ontario.
Carpentier, C. (2007). Drugs en criminaliteit, een complexe relatie. Naar een definitie van drugsgerelateerde criminaliteit. *Drugs in beeld 16* (2): 1-4.
Casati, A., Sedefov, R., Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). Misuse of Medicines in the European Union: A Systematic Review of the Literature. *European Addiction Research 18* (5): 228-245.
Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H. et al. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol.Psychiatry 57* (10): 1117-1127.
Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2011). *9 procent van de coffeeshops staat te dicht bij een school: CBS Webmazine.* CBS: Voorburg/Heerlen.
Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2011a). *StatLine: gezondheid en welzijn: zelfgerapporteerde leefstijl: zware rokers onder rokers.* CBS: Voorburg/Heerlen.
Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2011b). *Opnieuw daling aantal verkeersdoden: Persbericht 11-029.* CBS: Voorburg/Heerlen.
Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2012). *Statline: Leefstijl, preventief onderzoek; persoonskenmerken: alcoholgebruik, 12 jaar of ouder.* CBS: Den Haag/Heerlen.
Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2012a). *StatLine: gezondheid en welzijn: zelfgerapporteerde leefstijl: zware rokers onder rokers.* CBS: Voorburg/Heerlen.
Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2012b). *Integrale Veiligheidsmonitor 2011: landelijke rapportage.* CBS: Den Haag/Heerlen.
Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2013). *Statline: Leefstijl, preventief onderzoek; persoonskenmerken: rookgedrag, 12 jaar of ouder.* CBS: Voorburg/Heerlen.
Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2013a). *Veiligheidsmonitor 2012.:* Den Haag/Heerlen CBS.
Chen, R., Wilson, K., Chen, Y., Zhang, D., Qin, X., He, M. et al. (2013). Association between environmental tobacco smoke exposure and dementia syndromes. *Occup Environ Med 70* (1): 63-69.
Chen, W.Y., Rosner, B., Hankinson, S.E., Colditz, G.A., Willett, W.C. (2011). Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. *JAMA 306* (17): 1884-1890.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2008). *Risicoschatting cannabis 2008.* RIVM: Bilthoven.
Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2011). *Risicoschatting gamma-hydroxyboterzuur 2011.* RIVM: Bilthoven.
Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2009). *CAM quick scan rapportage levamisol.* RIVM: Bilthoven.
Costanzo, S., Di Castelnuovo, A., Donati, M.B., Iacoviello, L., De Gaetano, G. (2011). Wine, beer or spirit drinking in relation to fatal and non-fatal cardiovascular events: a meta-analysis. *Eur J Epidemiol 26* (11): 833-850.
Coumans, A.M., Neve, R.J.M., Van de Mheen, H. (2000). *Het proces van marginalisering en verharding in de drugscene van Parkstad Limburg: resultaten van het Drug Monitoring Systeem 1998 - 2000.* IVO: Rotterdam.
Crul, B.V.M. (2006). Dokter als drugspusher: ontwenningscampagne voor benzodiazepinen gewenst. *Medisch Contact 61* (35): 1374-1375.
Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I., Van Laar, M. (2008). Estimating the Total Mortality Among Problem Drug Users. *Substance Use & Misuse 43* (5): 733-747.
Cruts, A.A.N., Feenstra, T.L., Van Laar, M.W. (2008a). Ziekte door roken in Nederland: naar schatting 90 duizend klinische ziekenhuisopnamen in 2005. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 152* (26): 1469-1472.
Cruts, A.A.N., Van Laar, M.W. (2010). *Aantal problematische harddrugsgebruikers in Nederland.* Trimbos-instituut: Utrecht.
Danaei, G., Ding, E.L., Mozaffarian, D., Taylor, B., Rehm, J., Murray, C.J. et al. (2009). The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med 6* (4): e1000058.
Daniulaityte, R., Falck, R., Carlson, R.G. (2012). "I'm not afraid of those ones just 'cause they've been prescribed": perceptions of risk among illicit users of pharmaceutical opioids. *International Journal of Drug Policy 23* (5): 374-384.
Daniulaityte, R., Falck, R., Carlson, R.G. (2012a). Illicit use of buprenorphine in a community sample of young adult non-medical users of pharmaceutical opioids. *Drug and Alcohol Dependence 122* (3): 201-207.
De Bruijn, D., Van den Wildenberg, E. (2011). *De verkoop van alcohol via internet: analyse van het aanbod, de leeftijdscontrole en de vraag onder jongeren naar alcohol via internet.* STAP: Utrecht.
De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten.* Trimbos-instituut: Utrecht.
De Graaf, R., Ten Have, M., Tuithof, M., Van Dorsselaer, S. (2012). *Incidentie van psychische aandoeningen: Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2.* Trimbos-instituut: Utrecht.
De Jong, C.A.J., Kamal, R., Dijkstra, B.A.G., De Haan, H.A. (2012). Gamma-Hydroxybutyrate Detoxification by Titration and Tapering. *European Addiction Research 18* (1): 40-45.

De Jong, M., Poelmans, I., Linck, H., Ernst, M. (2008). *Tendens 2008: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland.* IrisZorg: Arnhem.
De Jong, M., Poelmans, I., Ernst, M., Timmermans, P. (2011). *Tendens 2010: alcohol- en druggebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland.* IrisZorg: Arnhem.
De Win, M.M. (2007). *Neurotoxicity of extacy: causality, course, and clinical relevance.* Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.
Degenhardt, L., Bruno, R., Topp, L. (2010). Is ecstasy a drug of dependence? *Drug and Alcohol Dependence 107* (1): 1-10.
Dekkers, C., Grund, J.P., Van Dijk, A. (2010). Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag: gegevens over 2008-2009 uit een Internet-survey onderzoek. *Epidemiologisch Bulletin 45* (4): 12-22.
Di Forti, M., Morgan, C., Dazzan, P., Pariante, C., Mondelli, V., Reis Marques, T. et al. (2009). High-potency cannabis and the risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry 195* : 488-491.
DIMS (2013). *Jaarbericht-Update 2012.* Trimbos-instituut: Utrecht.
Doekhie, J., Nabben, T., Korf, D.J. (2010). *NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2008-2009.* Rozenberg: Amsterdam.
Duffy, P., Baldwin, H. (2012). The nature of methadone diversion in England: a Merseyside case study. *Harm Reduct.J 9* : 3.
Dumont, G.H.J. (2009). *Cognitive and physiological effects of 3,4-methylenedioxydemethamphetamine (MDMA or 'ecstasy') in combination with alcohol or cannabis in humans.* Radboud Universiteit Nijmegen: Nijmegen.
Dutch Hospital Data (DHD) (2013). *Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2011.* Dutch Hospital Data: Utrecht.
E.K.32319-A.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2010-2011 publicatienummer 32319 nr A (2011). *Wijziging van het Wetboek van Strafrecht in verband met wijzigingen van regeling van de voorwaardelijke veroordeling en de regeling van de voorwaardelijke invrijheidstelling.* Sdu Uitgevers: Den Haag.
E.K.32398-E.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 32398 nr.E (2013). *Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg).* Sdu Uitgevers: Den Haag.
E.K.32842-A.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 32842 nr.A (2013). *Wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt.* Sdu Uitgvers: Den Haag.
Englund, A., Morrison, P.D., Nottage, J., Hague, D., Kane, F., Bonaccorso, S. et al. (2013). Cannabidiol inhibits THC-elicited paranoid symptoms and hippocampal-dependent memory impairment. *Journal of Psychopharmacology 27* (1): 19-27.
Ernst, A.A., Weiss, S.J., Enright-Smith, S., Hilton, E., Byrd, E.C. (2008). Perpetrators of intimate partner violence use significantly more methamphetamine, cocaine, and alcohol than victims: a report by victims. *American Journal of Emergency Medicine 26* : 592-596.

Estrada, G., Fatjo-Vilas, M., Munoz, M.J., Pulido, G., Minano, M.J., Toledo, E. et al. (2011). Cannabis use and age at onset of psychosis: further evidence of interaction with COMT Val158Met polymorphism. *Acta Psychiatr Scand 123* (6): 485-492.

European Commission (EC) (2010). *EU citizens' attitudes towards alcohol: special Eurobarometer 331.* European Commission: Brussel.

European Commission (EC) (2012). *Attitudes of Europeans towards tobacco: Special Eurobarometer 385.* European Commission: Brussels.

European Commission, Directorate General Taxation and Customs Union (2013). *Excise Duty Tables: part III: manufactured tobacco.* European Commission: Brussels.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2002). *Handbook for surveys on drug use among the general population: final report.* EMCDDA: Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2011). *Annual report 2011: the state of the drugs problem in Europe.* Publications Office of the European Union: Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012). *Annual report 2012: the state of the drugs problem in Europe.* EMCDDA: Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012a). *Statistical bulletin 2012.* EMCDDA: Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2013). *European Drug Report: trends and developments.* EMCDDA: Lisbon.

Expertcommissie Lijstensystematiek Opiumwet (2011). *Drugs in lijsten: rapport Expertcommissie Lijstensystematiek Opiumwet.* Universiteit van Tilburg: Tilburg.

Fedirko, V., Tramacere, I., Bagnardi, V., Rota, M., Scotti, L., Islami, F. et al. (2011). Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose-response meta-analysis of published studies. *Ann Oncol 22* (9): 1958-1972.

Ferwerda, H., Van Hasselt, N., Van Ham, T., Voorham, L. (2012). *De juiste snaar? Professionals met een publieke taak en de omgang met overlast, agressie en geweld als gevolg van alcohol- en/of drugsgebruik.* WODC: Den Haag.

Fischer, B., Ialomiteanu, A., Boak, A., Adlaf, E., Rehm, J., Mann, R.E. (2013). Prevalence and key covariates of non-medical prescription opioid use among the general secondary student and adult populations in Ontario, Canada. *Drug and Alcohol Review 32* (3): 276-287.

Franken, F., Van Straten, P., Van Hoof, J. (2011). *Naleving leeftijdsgrenzen bij evenementen: alcohol en jongeren in de Food Valley regio.* STAP/Universiteit Twente: Utrecht/Enschede.

Ganpat, S., Kleinjan, M., Van de Mheen, D. (2009). *Oneigenlijk medicijngebruik onder Nederlandse jongeren: aard en omvang.* IVO: Rotterdam.

Geels, L. (2013). *A developmental perspective on the etiology of alcohol use and comorbid traits.* Vrije Universitieit: Amsterdam.

Gezondheidsraad (2003). *Volksgezondheidsschade door passief roken.* Gezondheidsraad: Den Haag.

Gezondheidsraad (2005). *Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding.* Gezondheidsraad: Den Haag.

Goosens, F.X. (2012). *Verslaving: Maatschappelijke gevolgen Overlast, geweld, verwervingscriminaliteit, verkeersongevallen en ziekteverzuim.* Trimbos-instituut: Utrecht.

Grady, B.P., Vanhommerig, J.W., Schinkel, J., Weegink, C.J., Bruisten, S.M., Lindenburg, C.E. et al. (2012). Low incidence of reinfection with the hepatitis C virus following treatment in active drug users in Amsterdam. *Eur J Gastroenterol Hepatol 24* (11): 1302-1307.

Guerri, C., Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol 44* (1): 15-26.

Hahné, S.J., De Melker, H.E., Kretzschmar, M., Mollema, L., Van der Klis, F.R., van der Sande, M.A. et al. (2012). Prevalence of hepatitis B virus infection in The Netherlands in 1996 and 2007. *Epidemiol Infect 140* (8): 1469-1480.

Halpern, J.H., Sherwood, A.R., Hudson, J.I., Gruber, S., Kozin, D., Pope, H.G. (2011). Residual neurocognitive features of long-term ecstasy users with minimal exposure to other drugs. *Addiction 106* (4): 777-786.

Hamerlijnck, D. (2013). *Factsheet accijns 2013.* Hartstichting: Den Haag.

Hammink, A., Altenburg, M., Schrijvers, C. (2012). *De sociale gevolgen van verslaving: een state of the art studie naar verstoring van sociale relaties, schooluitval, dakloosheid, schulden en huiselijk geweld als gevolg van alcohol- of drugsverslaving* . IVO: Rotterdam.

Harakeh, Z., Vollebergh, W.A. (2012). The impact of active and passive peer influence on young adult smoking: an experimental study. *Drug Alcohol Depend 121* (3): 220-223.

Hazekamp, A., Heerdink, E.R. (2013). The prevalence and incidence of medicinal cannabis on prescription in The Netherlands. *European Journal of Clinical Pharmacology, published online: 16 April 2013*.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T. (2000). *The 1999 ESPAD Report: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): alcohol and other drug use among students in 30 European countries.* CAN: Stockholm.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. et al. (2004). *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 european countries.* CAN: Stockholm.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et al. (2009). *The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries.* CAN: Stockholm.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et al. (2012). *The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries.* CAN: Stockholm.

Hoebert, J.M., Souverein, P.C., Mantel-Teeuwisse, A.K., Leufkens, H.G.M., Van Dijk, L. (2012). Benzodiazepinegebruik daalt als de gebruiker zelf betaalt. *Huisarts & Wetenschap 55* (7): 286-288.

Hoeymans, N., Melse, J.M., Schoemaker, C.G. (2010). *Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010: Van gezond naar beter.* RIVM: Bilthoven.

Horjus, S., Van Goor, M. (2011). *Preventieve aanpakken rond GHB-gebruik: Do's en don'ts bij preventie.* Trimbos-instituut: Utrecht.

Houwing, S. (2011). *GHB-gebruik onder ernstig gewonde autobestuurders opgenomen in het ziekenhuis.* SWOV: Leidschendam.

Houwing, S., Hagenzieker, M., Mathijssen, R., Bernhoft, I.M., Hels, T., Janstrup, K. et al. (2011a). *Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic Part I: General results [Deliverable 2.2.3 of DRUID, Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines].* European Commission: Brussels.

Houwing, S., Hagenzieker, M., Mathijssen, R., Bernhoft, I.M., Hels, T., Janstrup, K. et al. (2011b). *Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic Part II: Country reports [Deliverable 2.2.3 of DRUID, Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines].* European Commission: Brussels.

Houwing, S., Reurings, M.C.B., Bos, N.M. (2011). *Schatting van het aandeel verkeersdoden als gevolg van rijden onder invloed van alcohol.* SWOV: Leidschendam.

IMS Health (2013). *Antirook-Trimbos 07-06-2013 [speadsheet].* IMS Health: Den Haag.

Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (2012). *Follow the money! Een onderzoek naar financieel opsporen door de politie in het licht van het landelijk programma FinEC Politie.* Inspectie Openbare Orde en Veiligheid: Den Haag.

Intraval (2010). *Inventarisatie hokken en keten: Nederland 2009.* Intraval: Groningen.

ITC Project (June 2010) (2010). *ITC Netherlands National Report.* Stivoro/University of Waterloo: Den Haag/Ontario.

Jager, G. (2006). *Functional MRI studies in human ecstasy and cannabis users.* Universiteit Utrecht: Utrecht.

Jansen, F. (2012). *Georganiseerde hennepteelt: criminaliteitsbeeldanalyse 2012.* KLPD-Dienst Nationale Recherche: Driebergen.

Jones, A.W., Eklund, A., Kronstrand, R. (2009). Concentration-time profiles of gamma-hydroxybutyrate in blood after recreational doses are best described by zero-order rather than first-order kinetics. *Journal of analytical toxicology 33* : 332-335.

Joossens, L., Raw, M. (2011). *The Tobacco Control Scale 2010 in Europe.* Association of the European Cancer Leagues: Brussels.

Kalechstein, A.D., De La Garza, R., Mahoney, J.J., Fantegrossi, W.E., Newton, T.F. (2007). MDMA use and neurocognition: a meta-analytic review. *Psychopharmacology (Berl) 189* (4): 531-537.

Kalidien, S.N., De Heer-De Lange, N.E. (2013). *Criminaliteit en Rechtshandhaving 2012: ontwikkelingen en samenhangen*. WODC/CBS/Raad voor de Rechtspraak: Den Haag.

Kawachi, I. (2005). More evidence on the risks of passive smoking. *BMJ 330* (7486): 265-266.

Kelly, B.C., Wells, B.E., Leclair, A., Tracy, D., Parsons, J.T., Golub, S.A. (2013). Prescription drug misuse among young adults: Looking across youth cultures. *Drug and Alcohol Review 32* (3): 288-294.

Kepper, A., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., Vollebergh, W. (2009a). *Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg (EXPLORE): resultaten meting oktober - december 2008.* Trimbos-instituut: Utrecht.

Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K., Stevens, G., Drost, W., De Vroome, T. et al. (2009b). *Middelengebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinrichtingen: het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel.* Universiteit Utrecht: Utrecht.

Kepper, A., Monshouwer, K., van, D.S., Vollebergh, W. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *Eur Child Adolesc Psychiatry 20* (6): 311-319.

Klijs, B., Mackenbach, J.P., Kunst, A.E. (2011). Obesity, smoking, alcohol consumption and years lived with disability: a Sullivan life table approach. BMC Public Health 11 : 378.

KLPD-Dienst Nationale Recherche (2012). *Jaarverslag synthetische drugs en precursoren 2011.* KLPD/DNR: Driebergen.

Knowles, L., Buxton, J.A., Skuridina, N., Achebe, I., LeGatt, D., Fan, S. et al. (2009). Levamisole tainted cocaine causing severe neutropenia in Alberta and British Columbia. *Harm Reduction Journal 6* (30).

Kohrs, F.P., Mann, C., Greenberg, R. (2004). The use of amphetamine in gamma-hydroxybutyrate overdose: a case report. *Journal of Psychoactive Drugs 36* (3): 401-402.

Kollen, B.J., Van der Veen, W.J., Groenhof, F., Donker, G.A., Van der Meer, K. (2012). Discontinuation of reimbursement of benzodiazepines in the Netherlands: does it make a difference? *BMC Family Practice 13* (111).

Koning, I.M. (2011). *Prevention of alcohol use in early adolescents: A joint venture of schools and parents.* Utrecht University: Utrecht.

Korf, D.J., Wouters, M., Nabben, T., Van Ginkel, P. (2005). *Cannabis zonder coffeeshop: niet-gedoogde cannabisverkoop in tien Nederlandse gemeenten.* Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Korf, D.J., Van Ginkel, P., Benschop, A. (2010). How to find non-dependent opiate users: a comparison of sampling methods in a field study of opium and heroin users. *Int J Drug Policy 21* (3): 215-221.

Korf, D.J., Nabben, T., Pronk, A. (2012). *Insluiten of heenzenden: problematische GHB-gebruikers op politiebureaus, in bewaring en in verzekering.* Rozenberg Publishers: Amsterdam.

KPMG Bureau voor Economische Argumentatie (2001). *Kosten en baten van alcoholzorg en -preventie : eindrapport.* KPMG: Hoofddorp.

Kramers, P.G.N., Van den Berg, M., Van den Brink, C.L., Achterberg, P.W., Harbers, M.M., Van Oers, J.A.M. (2012). *Monitoring van leefstijl in Nederland: een traject voor verbetering.* RIVM: Bilthoven.

Krokké, J., Van Hoof, J. (2011). *Alcoholverkoop aan jongeren. In de regio Zuidoost-Brabant.* Universiteit Twente: Enschede.

Kuiken, A. (2010). Ghb bedreigt veiligheid in verkeer. *Trouw* (11 december 2010).

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2009). *Richtlijn behandeling van tabaksverslaving: herziening 2009.* Partnership Stop met Roken: Den Haag.

Lauer, M.S., Sorlie, P. (2009). Alcohol, cardiovascular disease, and cancer: treat with caution. *Journal of the National Cancer Institute 101* (5): 282-283.

Lempens, A., Boers, R., Maalsté, N. (2004). *Harddrugsgebruikers in beweging: aard, omvang en mobiliteit van harddrugsgebruikers in Rotterdam.* IVO: Rotterdam.

Leung, K.S., Cottler, L.B. (2008). Ecstasy and other club drugs: a review of recent epidemiologic studies. *Curr Opin Psychiatry 21* (3): 234-241.

Lew, J.Q., Chow, W.H., Hollenbeck, A.R., Schatzkin, A., Park, Y. (2011). Alcohol consumption and risk of renal cell cancer: the NIH-AARP diet and health study. *Br J Cancer 104* (3): 537-541.

Lightwood, J.M., Glantz, S.A. (2009). Declines in Acute Myocardial Infarction After Smoke-Free Laws and Individual Risk Attributable to Secondhand Smoke. *Circulation 120* (14): 1373-1379.

Malmberg, M., Overbeek, G., Monshouwer, K., Lammers, J., Vollebergh, W.A., Engels, R.C. (2010). Substance use risk profiles and associations with early substance use in adolescence. *J Behav Med 33* (6): 474-485.

Manthey, L., Van Veen, T., Giltay, E.J., Stoop, J.E., Neven, A.K., Penninx, B.W. et al. (2011). Correlates of (inappropriate) benzodiazepine use: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Br J Clin Pharmacol 71* (2): 263-272.

Manthey, L., Lohbeck, M., Giltay, E.J., Van Veen, T., Zitman, F.G., Penninx, B.W.J.H. (2012). Correlates of benzodiazepine dependence in the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Addiction 107* (12): 2173-2182.

Meier, M.H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R.S. et al. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci U S A 109* (40): E2657-E2664.

Meijer, R.F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M.M.J., Wartna, B.S.J., Brouwers, M., Essers, A.A.M. (2003). *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers: achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor; jaarbericht 2002.* Boom Juridische uitgevers: Den Haag.

Mensinga, Tj., De Vries, I.K.M., Hunault, C.C., Van den Hengel-Koot, I.S., Fijen, J.W., Leenders, M.E.C. et al. (2006). *Dubbel-blind, gerandomiseerd, placebogecontroleerd, 4-weg gekruist onderzoek naar de farmacokinetiek en effecten van cannabis.* RIVM: Bilthoven.

Meyers, D.G., Neuberger, J.S., He, J. (2009). Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll. Cardiol. 54* (14): 1249-1255.

Ministerie van Infrastructuur en Milieu (2012). *Rijden onder invloed in Nederland in 2002-2011: ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten.* Ministerie van Infrastructuur en Milieu: Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2009). *Factsheet vergoeding benzodiazepinen.* VWS: Den Haag.

Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., Ter Bogt, T., De Graaf, R., Vollebergh, W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children: findings from a Dutch survey. *British Journal of Psychiatry 188* (2): 148-153.

Monshouwer, K., Verdurmen, J., Van Dorsselaer, S., Smit, E., Gorter, A., Vollebergh, W. (2008). *Jeugd en riskant gedrag 2007: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar.* Trimbos-instituut: Utrecht.

Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B., Burke, M. et al. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet 370* (9584): 319-328.

Moser, M.S., Purssell, R.A. (2000). Gamma-hydroxybutyrate overdose and coma: a case report. *Canadian Journal of Emergency Medical Care 2* (3): 203-205.

Müller, T., Van Ooyen-Houben, M., Van de Bunt, H.G. (2012). Het verplaatsen van coffeeshops vanuit een criminologisch perspectief, In *Verkenning verplaatsingsmogelijkheden coffeeshops in de gemeente Rotterdam.* Gemeente Rotterdam (ed.). Gemeente Rotterdam: Rotterdam.

Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2007). *Antenne 2006: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers.* Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2010). *Antenne 2009: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers.* Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2012). *Antenne 2011: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers.* Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Nagelhout, G., De Korte, D., Zeegers, T., Van der Meer, R., Willemsen, M. (2010). *Hulpmiddelen voor stoppen met roken: 2001-2009: themapublicatie.* STIVORO: Den Haag.

Neafsey, E.J., Collins, M.A. (2011). Moderate alcohol consumption and cognitive risk. *Neuropsychiatr Dis Treat 7* : 465-484.

Németh, Z., Kun, B., Demetrovics, Z. (2010). The involvement of gamma-hydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review. *J Psychopharmacol 24* (9): 1281-1287.

Niesink, R., Rigter, S., Hoek, J., Goldschmidt, H. (2007). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2006-2007).* Trimbos Instituut: Utrecht.

Niesink, R., Van Laar, M. (2012). *THC, CBD en gezondheidseffecten van wiet en hasj: recente inzichten.* Trimbos-instituut: Utrecht.

Niesink, R., Rigter, S. (2013). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2012-2013).* Trimbos-instituut: Utrecht.

NISPA (2013). GHB monitor: *GHB detoxificatie met farmaceutische GHB.* NISPA: Nijmegen.

Nutt, D.J., King, L.A., Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet 376* (9752): 1558-1565.
Öberg, M., Jaakkola, M.S., Woodward, A., Peruga, A., Pruss-Ustun, A. (2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet 377* (9760): 139-146.
Oteo Pérez, A., Cruyff, M.J.L.F., Benschop, A., Korf, D.J. (2013). Estimating the Prevalence of Crack Dependence Using Capture-Recapture With Institutional and Field Data: A Three-City Study in the Netherlands. *Substance Use & Misuse 48* (1-2): 173-180.
Ouwehand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Mol, A., Wisselink, D.J., Van Delden, E.B. (2010). *Gegevensverstrekking uit LADIS 2008 aan het Trimbos-instituut voor de actualisering van de schatting van het aantal problematische harddrugsgebruikers (interne publicatie).* IVZ: Houten.
Parry, C.D., Patra, J., Rehm, J. (2011). Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. *Addiction 106* (10): 1718-1724.
Patra, J., Taylor, B., Irving, H., Roerecke, M., Baliunas, D., Mohapatra, S. et al. (2010). Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types--a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health 10* : 258.
Perez, E., Chu, J., Bania, T. (2006). Seven days of gamma-hydroxybutyrate (GHB) use produces severe withdrawal. *Ann Emerg Med 48* (2): 219-220.
Peters, R.J.G. (2007). Nieuwe wetenschappelijke argumenten voor het verder terugdringen van tabaksgebruik, ook in horecagelegenheden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 151* (3): 167-168.
Pollini, R.A., Banta-Green, C.J., Cuevas-Mota, J., Metzner, M., Teshale, E., Garfein, R.S. (2011). Problematic use of prescription-type opioids prior to heroin use among yong heroin injectors. *Substance Abuse and Rehabilitation 2* (1): 173-180.
Productschap Dranken, Commissie Gedistileerd (2012). *Kerncijfers en activiteiten 2012.* Productschap Dranken Commissie Gedistilleerd.: Den Haag.
Productschap Wijn (2013). *Kerncijfers Wijn*. Productschap wijn: Den Haag.
Raad van de Europese Unie (1996). 96/750/JBZ: Gemeenschappelijk Optreden van 17 december 1996 door de Raad aangenomen op basis van artikel K.3 van het Verdrag betreffende de Europese Unie, betreffende de onderlinge aanpassing van de wetgevingen en praktijken van de Lid-Staten van de Europese Unie ter bestrijding van drugsverslaving en ter voorkoming en bestrijding van de illegale drugshandel. *Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen 39* (L342): 6-8.
Raad van de Europese Unie (2004). Kaderbesluit 2004/757/JBZ van de Raad van 25 oktober 2004 betreffende de vaststelling van minimumvoorschriften met betrekking tot de bestanddelen van strafbare feiten en met betrekking tot straffen op het gebied van de illegale drugshandel. *Publicatieblad van de Europese Unie L335* : 8-11.
Ravera, S., Van Rein, N., De Gier, J.J., De Jong-Van den Berg, L.T.W. (2012). Road traffic accidents and psychotropic medication use in the Netherlands: a case-control study. *British Journal of Clinical Pharmacology 72* (3): 505-513.

Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T. et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction 105* (5): 817-843.

Rehm, J., Taylor, B., Mohapatra, S., Irving, H., Baliunas, D., Patra, J. et al. (2010a). Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev 29* (4): 437-445.

Rigg, K.K., Kurtz, S.P., Surratt, H.L. (2012). Patterns of prescription medication diversion among drug dealers. *Drugs: education, prevention and policy 19* (2): 145-155.

Rodenburg, G., Spijkerman, R., Van den Eijnden, R., Van de Mheen, D. (2007). *Nationaal prevalentieonderzoek middelengebruik 2005.* IVO: Rotterdam.

Roerecke, M., Rehm, J. (2010). Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol 171* (6): 633-644.

Roerecke, M., Rehm, J. (2011). Ischemic heart disease mortality and morbidity rates in former drinkers: a meta-analysis. *Am J Epidemiol 173* (3): 245-258.

Rogeberg, O. (2013). Correlations between cannabis use and IQ change in the Dunedin cohort are consistent with confounding from socioeconomic status. *Proc Natl Acad Sci U S A 110* (11): 4251-4254.

Rogers, G., Elston, J., Garside, R., Roome, C., Taylor, R., Younger, P. et al. (2009). The harmful health effects of recreational ecstasy: a systematic review of observational evidence. H*ealth Technology Assessment 13* (6): 1-315.

Ronksley, P.E., Brien, S.E., Turner, B.J., Mukamal, K.J., Ghali, W.A. (2011). Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ 342* : d671.

Rovers, B. (2011). *Resultaten van veiligheidshuizen: een inventarisatie en evaluatie van beschikbaar onderzoek.* WODC/BTVO: Den Haag/Den Bosch.

Roxburgh, A., Burns, L., Drummer, O.H., Pilgrim, J., Farrell, M., Degenhardt, L. (2013). Trends in fentanyl prescriptions and fentanyl-related mortality in Australia. *Drug and Alcohol Review 32* (3): 269-275.

Ruijsbroek, A., Droomers, M., Van den Brink, C. (2011). Gezondheid en leefstijl in krachtwijken: een verkenning. T*SG: Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 89* : 214-221.

Scheenstra, R.J., Van Buren, M., Koopman, J.P. (2007). Een patiënt met neusseptumdestructie door cocaïne en antistoffen tegen cytoplastische antigenen van neutrofiele granulocyten (ANCA); mogelijke verwarring met de ziekte van Wegener. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 151* (43): 2395-2399.

Schelleman-Offermans, K. (2012). *Growing up getting drunk: Development and prevention of adolescent alcohol use.* Universiteit Maastricht: Maastricht.

Schelleman-Offermans, K., Kuntsche, E., Knibbe, R.A. (2011). Associations between drinking motives and changes in adolescents' alcohol consumption: a full cross-lagged panel study. *Addiction 106* (7): 1270-1278.

Schilt, T. (2009). *Thinking of ecstasy. Neuropsychological aspects of ecstasy use.* University of Amsterdam: Amsterdam.
Schoenmakers, T.M., Baars, J., Van de Mheen, D. (2009). *Schatting van het aantal problematisch harddruggebruikers in Den Haag voor 2008.* IVO: Rotterdam.
Schrijvers, C.T.M., Schoemaker, C.G. (2008). *Spelen met gezondheid: leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd.* RIVM: Bilthoven.
Schutze, M., Boeing, H., Pischon, T., Rehm, J., Kehoe, T., Gmel, G. et al. (2011). Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ 342* : d1584.
Siesling, M., Smeets, B., Spapens, T. (2011). *Geldbomen op zolder: thuiskwekers van hennep in beeld.* IVA beleidsonderzoek en advies: Tilburg.
Smerecnik, C., Grispen, J.E., Quaak, M. (2012). Effectiveness of testing for genetic susceptibility to smoking-related diseases on smoking cessation outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Tob Control 21* (3): 347-354.
Smink, B.E., Egberts, A.C., Lusthof, K.J., Uges, D.R., De Gier, J.J. (2010). The relationship between benzodiazepine use and traffic accidents: A systematic literature review. *CNS Drugs 24* (8): 639-653.
Snippe, J., Hoogeveen, C., Bieleman, B. (2000). *Monitor drugproblematiek justitie, definitiestudie en ontwikkeltraject.* Intraval: Groningen.
Soetens, L.C., Koedijk, F.D.H., Van den Broek, I.V.F., Vriend, H.J., Op de Coul, E.L.M., Van Aar, F. et al. (2013). *Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2012.* RIVM: Bilthoven.
Spits, M., Schippers, M. (2012). Resultaten Scoren: verspreiding en gebruik producten in 2011. *Verslaving 8* (2): 3-16.
STAP (2010). *Factsheet: De maatschappelijke kosten en schade van alcoholgebruik.* STAP: Utrecht.
STAP (2011). *Wat zijn effectieve prijsmaatregelen om alcoholproblematiek terug te dringen?: factsheet.* STAP: Utrecht.
Staten-Generaal 33564 A-1. Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 nr. 33564 A-1. (2013). *Besluit, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van het middel 4-methylamfetamine (4-MA); Brief regering; Aanbieding ontwerpbesluit, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van het middel 4-methylamfetamine (4-MA).* Sdu Uitgevers: Den Haag.
Staten-Generaal 33564-1. Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 nr. 33564-1 (2013). *Bijlage bij Kamerstuk 33564 nr. 1: Besluit en Nota van toelichting.* Sdu Uitgevers: Den Haag.
Stb 2011-337. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2011 nr 337 (2011). *Besluit van 14 juni 2011, houdende wijziging van het Besluit uitvoering rookvrije werkplek, horeca en andere ruimten.* Sdu Uitgevers: Den Haag.
Stb 2011-615. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2011 nr.61 (2012). *Besluit van 12 december 2011 tot vaststelling van het tijdstip van*

inwerkingtreding van de wet van 17 november 2011 tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering in verband met de invoering van een rechterlijke vrijheidsbeperkende maatregel (rechterlijk gebieds- of contactverbod) (Stb. 2011, 546) en de wet van 17 november tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht in verband met wijzigingen van de regeling van de voorwaardelijke veroordeling en de regeling van de voorwaardelijke invrijheidstelling (Stb. 2011, 545). Sdu Uitgevers: Den Haag.

Stb 2012-237. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2012 nr. 237 (2013). *Wet van 24 mei 2012 tot wijziging van de Drank- en Horecawet met het oog op de terugdringing van het alcoholgebruik onder met name jongeren, de voorkoming van alcoholgerelateerde verstoring van de openbare orde, alsmede ter reductie van de administratieve lasten.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

Stb 2012-5. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2012 nr. 5 (2012). *Besluit van 14 december 2011, houdende regels inzake het uit te oefenen toezicht bij voorwaardelijke veroordeling (Uitvoeringsbesluit voorwaardelijke veroordeling).* Sdu Uitgevers: Den Haag.

Stc 2000-8. Staatscourant 11 januari 2000 nr. 8 (2000). *Instelling Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

Stc 2011-12328. Staatscourant 11 juli 2011 nr. 12328 (2011). *Stoppen-met-Rokenprogramma, nadere regel NR/CU-706.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

Stc 2011-13125. Staatscourant van 21 juli 2011, nr. 1. (2011). *Voorstel van wet tot wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

Stc 2012-22936. Staatscourant van 12 januari 2012, nr. 2. (2012). *Rectificatie Aanwijzing Opiumwet.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

Stc 2012-26938. Staatscourant van 24 december 2012 nr. 26938 (2012). *Aanwijzing Opiumwet [2012A021].* Sdu Uitgevers: Den Haag.

Steketee, M., Jonkman, H., Berten, H., Vettenburg, N. (2013). *Alcohol use among adolescents in Europe. Environmental Research and Preventive Actions.* Verwey Jonker instituut: Utrecht.

Stichting Alcohol Research (SAR) (2010). *Gezondheidseffecten van matige alcoholconsumptie: resultaten van 30 jaar wetenschappelijk onderzoek.* SAR: Den Haag.

Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) (2011). *Data en feiten 2011: het jaar 2010 in cijfers.* SFK: Den Haag.

Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) (2012). *Data en feiten 2012: het jaar 2011 in cijfers.* SFK: Den Haag.

Stichting Mainline (2008). *Cocaïneinfo.nl.* Stichting Mainline: Amsterdam.

Stichting Resultaten Scoren, NISPA (2013). *Practice-based aanbevelingen voor GHB detoxificatie voor mensen met een stoornis in het gebruik van GHB.* Stichting Resultaten Scoren: Amersfoort.

Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) (2011). *SWOV-Factsheet: rijden onder invloed van drugs en geneesmiddelen.* SWOV: Leidschendam.

STIVORO (2011). *Roken, de harde feiten: volwassenen 2010. Stivoro:* Den Haag.

STIVORO (2012). *Trendpublicatie percentage rokers: percentage rokers in de Nederlandse bevolking 1958-2011.* Stivoro: Den Haag.

STIVORO (2012a). *Roken, de harde feiten: jeugd 2012.* STIVORO: Den Haag.

STIVORO (2013). *Kerncijfers roken in Nederland: een overzicht van recente Nederlandse basisgegevens over rookgedrag.* STIVORO: Den Haag.

Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ (2011). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (tweede revisie): versie 1.0.* Trimbos-instituut: Utrecht.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2012). *Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings.* SAMHSA: Rockville, MD.

Sundell, L., Salomaa, V., Vartiainen, E., Poikolainen, K., Laatikainen, T. (2008). Increased stroke risk is related to a binge-drinking habit. *Stroke 39* (12): 3179-3184.

T.K.24077-259. Tweede Kamer der Staten Generaal vergaderjaar 2010-2011 publicatienummer 24077 nr. 259 (2011). *Drugbeleid; Brief regering; Drugsbeleid.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.24077-293. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24077 nr. 293 (2012). *Drugbeleid; Brief regering; Reactie op verzoek Berndsen-Jansen over het coffeeshopbeleid en de toegenomen straatoverlast en drugshandel als gevolg van de invoering van de wietpas in Limburg, Noord-Brabant en Zeeland.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.28684-355. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2011-2012 publicatienummer 28684 nr. 355 (2012). *Naar een veiliger samenleving; Verslag van een algemeen overleg; Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 12 april 2012, inzake onderwerpen op het terrein van veiligheid.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.29350-10. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2010-2011 publicatienummer 29350 nr. 10 (2011). *ICT bij politie: rapport 2010.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.29628-258. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2010-2011 publicatienummer 29628 nr. 258 (2011). *Politie; Brief regering; Aanbieding rapportage van het onderzoek naar de verbetermaatregelen bij de afhandeling van in beslag genomen drugs bij de Nederlandse politie (onderzoek is gedaan door de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (IOOV) en de Rijksauditdienst (RAD)).* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K. 29911-17.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2008-2009 publicatienummer 29911 nr. 4 (2008). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief van ministers van Justitie, en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.29911-68. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2011-2012 publicatienummer 29911 nr. 68 (2012). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Inspectie Openbare Orde en Veiligheid rapport "Follow the Money".* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.29911-69. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2011-2012 publicatienummer 29911 nr. 69 (2012). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Verzamelbrief financieel-economische criminaliteit m.b.t. "overheidsbreed afpakken" zoals toegezegd tijdens het Algemeen Overleg van 14 juni 2012 over georganiseerde criminaliteit en financieel-economische criminaliteit.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.29911-79. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 29911 nr. 79 (2013). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Nationaal Dreigingsbeeld Georganiseerde Criminaliteit 2012 en Vierde rapportage op basis van de Monitor Georganiseerde Criminaliteit.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.32398-3. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2009-2010 publicatienummer 32398 nr. 3 (2010). *Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg); Memorie van toelichting.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.32620-78. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 32620 nr. 78 (2013). *Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Brief regering; Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen'.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.32793-2. Tweede Kamer der Staten Generaal vergaderjaar 2010-2011 publicatienummer 32793 nr. 2 (2011). *Preventief Gezondheidsbeleid: Nota Gezondheid Dichtbij: Landelijke nota gezondheidsbeleid.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.32793-70. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 32793 nr. 70 (2013). *Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Agenda voor een Nationaal Programma Preventie.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.32842-2. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2010-2011 publicatienummer 32842 nr. 2 (2011). *Wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt; Voorstel van wet.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.32842-3. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2010-2011 publicatienummer 32842 nr. 3 (2011). *Wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt; Memorie van toelichting.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.33341-3. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2011-2012 publicatienummer 33341 nr. 3 (2013). *Voorstel van wet van de leden Voordewind, Van der Staaij, Bouwmeester en Uitslag houdende wijziging van de Drank- en Horecawet teneinde enkele leeftijdsgrenzen te verhogen van 16 naar 18 jaar en de preventie en handhaving te verankeren.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.33590-3. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 33590 nr. 3 (2013). *Wijziging van de Tabakswet ter verhoging van de minimumleeftijd van 16 jaar naar 18 jaar van personen aan wie tabaksproducten mogen worden verkocht (Verhoging minimumleeftijd verkoop tabaksproducten).* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K. Handelingen 2011-2012, 77-30. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2011-2012,vergadernummer 77-30, 3 mei 2012, pag 75-79 (2012). *De behandeling van het wetsvoorstel Wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt (32842).* Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K. Handelingen 2012-2013, 67-9. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013, vergadernummer 67-9, 27 maart 2013, pag 24-42 (2013). *Voortzetting van de behandeling van het wetsvoorstel Wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt (32842).* Sdu Uitgevers: Den Haag.

Talhout, R., Opperhuizen, A. (2012). *Herziening EU-Tabaksproductrichtlijn 2001/37/EG.* RIVM: Bilthoven.

Tang, Y.L., Kranzler, H.R., Gelernter, J., Farrer, L.A., Pearson, D., Cubells, J.F. (2009). Transient Cocaine-Associated Behavioral Symptoms Rated with a New Instrument, the Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine-Induced Psychosis (SAPS-CIP). *American Journal on Addictions 18* : 339-345.

Teo, K.K., Ounpuu, S., Hawken, S., Pandey, M.R., Valentin, V., Hunt, D. et al. (2006). Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet 368* (9536): 647-658.

Ter Bogt, T., Van Lieshout, M., Doornwaard, S., Eijkemans, Y. (2009). *Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten: twee onderzoeken naar de actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, motivatie en uitval.* Trimbos-instituut: Utrecht.

Theunissen, M.J., Jansen, M., Van Gestel, A. (2011). Are mental health and binge drinking associated in Dutch adolescents? Cross-sectional public health study. *BMC Res Notes 4* : 100.

Tollenaar, N., Van der Laan, A.M. (2012). *Monitor veelplegers 2010: trends in de populatie zeer actieve veelplegers uit de periode 2003-2009.* WODC: Den Haag.

Tramacere, I., Negri, E., Pelucchi, C., Bagnardi, V., Rota, M., Scotti, L. et al. (2012). A meta-analysis on alcohol drinking and gastric cancer risk. *Ann Oncol 23* (1): 28-36.

Trb 1963-81. Tractatenblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 1963 nr. 81 (1963). *Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen, 1961, met bijlagen.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

Trb 1980-184. Tractatenblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 1980 nr. 184 (1980). *Protocol tot wijziging van het Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen, 1961.* Sdu Uitgevers: Den Haag.

Trb 1985-102. Tractatenblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 1985 nr. 102 (1985). *Akkoord tussen het Koninkrijk der Nederlanden, het Koninkrijk*

België, de Bondsrepubliek Duitsland, de Franse Republiek en het Groothertogdom Luxemburg betreffende de geleidelijke afschaffing van de controles aan de gemeenschappelijke grenzen [Schengen]. Sdu Uitgevers: Den Haag.
Trb 1987-90. Tractatenblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 1987 nr. 90 (1987). *Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen, 1961, zoals gewijzigd door het Protocol van 25 maart 1972 tot wijziging van het Enkelvoudige Verdrag inzake verdovende middelen.* Sdu Uitgevers: Den Haag.
Trb 1989-129. Tractatenblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 1989 nr. 129 (1989). *Verdrag inzake psychotrope stoffen, met bijlagen; Wenen 21 februari 1971.* Sdu Uitgevers: Den Haag.
Trb 1989-97. Tractatenblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 1989 nr. 97 (1989). *Verdrag van de Verenigde Naties tegen de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen, met Bijlage.* Sdu Uitgevers: Den Haag.
Trb 2004-269. Tractatenblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2004 nr. 269 (2004). *WHO-Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging; Genève, 21 mei 2003.* Sdu Uitgevers: Den Haag.
Trienekens, S.C.M., Koedijk, F.D.H., Van den Broek, I.V.F., Vriend, H.J., Op de Coul, E.L.M., Van Veen, M.G. et al. (2012). *Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2011.* RIVM: Bilthoven.
Trimbos-instituut (2008). *Database problematische harddruggebruikers 2008: eigendom van het Trimbos-instituut: samengesteld door GGD Amsterdam, Intraval, IVO en Trimbos-instituut.* Trimbos-instituut: Utrecht.
Tuithof, M., Ten Have, M., Van den Brink, W., Vollebergh, W., De Graaf, R. (2011). The role of conduct disorder in the association between ADHD and alcohol use (disorder). Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Drug Alcohol Depend. 123* (1-3): 115-121.
Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., Van den Brink, W. (2010). Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. *Eur Addict Res 16* (4): 202-207.
Van Amsterdam, J., Van den Kieboom, M., Cremers, H., De Rooij, B., Opperhuizen, A. (2012). *Determination of pesticides in hemp plants.* RIVM: Bilthoven.
Van Amsterdam, J.G.C., Van Laar, M., Brunt, T., Van den Brink, W. (2012a). Risk assessment of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in the Netherlands. *Regulatory Toxicology and Pharmacology 63* : 55-63.
Van Amsterdam, J.G.C., Van Marle, J., Van Dijk, P., Niesink, R., Opperhuizen, A. (2007). E*lectronenmicroscopisch onderzoek van vervuilde wietmonsters.* RIVM: Bilthoven.
Van de Mheen, D. (2000). *De Rotterdamse drugsscene onder de loep: resultaten van 5 jaar Drug Monitoring Systeem in Rotterdam.* IVO: Rotterdam.
Van den Berg, C.H., Smit, C., Bakker, M., Geskus, R.B., Berkhout, B., Jurriaans, S. et al. (2007). Major decline of hepatitis C virus incidence rate over two decades in a cohort of drug users. *Eur J Epidemiol. 22* : 183-193.

Van den Eijnden, R., Mheen, D., Vet, R., Vermulst, A. (2011). Alcohol-specific parenting and adolescents' alcohol-related problems: the interacting role of alcohol availability at home and parental rules. *J Stud Alcohol Drugs 72* (3): 408-417.

Van der Laak, L. (2012). Dement door benzodiazepines? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 156* (43): C1509.

Van der Poel, A., Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., Van Laar, M. (2010). *Feestmeter 2008-2009: uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en clubs.* Trimbos-instituut/Bonger Instituut: Utrecht/Amsterdam.

Van der Pol, P., Liebregts, N., De Graaf, R., Ten Have, M., Korf, D.J., Van den Brink, W. et al. (2013). Mental health differences between frequent cannabis users with and without cannabis dependence and the general population. *Addiction 108* (8): 1459-1469.

Van der Vorst, H., Engels, R.C., Burk, W.J. (2010). Do parents and best friends influence the normative increase in adolescents' alcohol use at home and outside the home? *J Stud Alcohol Drugs 71* (1): 105-114.

Van Dorsselaer, S., De Looze, M., Vermeulen-Smit, E., De Roos, S., Verdurmen, J., Ter Bogt, T. et al. (2010). *HBSC 2009: gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland.* Trimbos-instituut: Utrecht.

Van Duijvenbooden, K., Plattje, W. (2010). *Stand van zaken Implementatie Samenwerkingsmodel Nazorg binnen het Gevangeniswezen en binnen gemeenten.* Ministerie van Justitie/VNG: Den Haag.

Van Gastel, W.A., Tempelaar, W., Bun, C., Schubart, C.D., Kahn, R.S., Plevier, C. et al. (2013). Cannabis use as an indicator of risk for mental health problems in adolescents: a population-based study at secondary schools. *Psychological Medicine 43* (9): 1849-1856.

Van Geffen, K., Van Boheemen, C., Van Dijk, L., Van Hulten, R., Bouvy, M. (2009). Slechts 1 op 10 stopt na benzomaatregel: afschaffing vergoeding heeft beperkt effect. *Pharmaceutisch Weekblad 144* (49): 28-31.

Van Hoof, J., Krokké, J. (2011). *Alcoholverkoop aan jongeren: een landelijk nalevingsonderzoek.* Universiteit Twente: Enschede.

Van Laar, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., De Graaf, R. (2007). Cannabisgebruikers kampen vaak met psychische stoornissen. *Verslaving 3* (2): 3-14.

Van Laar, M., Frijns, T., Trautmann, F., Lombi, L. (2013). Cannabis market: User types, availability and consumption estimates, In *Further insights into aspects of the EU illicit drugs market.* F. Trautmann, B. Kilmer, and P. Turnbull, (eds.), pp. 73-182. Publications Office of the European Union: Luxembourg

Van Noorden, M.S., Van Dongen, L.C.A.M., Zitman, F.G., Vergouwen, T.A.C.M. (2009). Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known. *General Hospital Psychiatry 31* : 394-396.

Van Noorden, M.S., Kamal, R., De Jong, C.A., Vergouwen, A.C., Zitman, F.G. (2010). GHB-afhankelijkheid en - onthoudingssyndroom: diagnostiek en behandeling. *Ned Tijdschr Geneeskd. 154* : A1286.

Van Ooyen-Houben, M.M.J., Bieleman, B., Korf, D.J. (2013). *Het Besloten club- en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops: evaluatie van de implementatie en de uitkomsten in de periode mei-november 2012: tussenrapportage.* WODC: Den Haag.

Van Rooij, A.J., Schoenmakers, T.M., Van de Mheen, D. (2011). *Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2009: kerncijfers 2009*. IVO: Rotterdam.

Van Rosmalen, M.M., Kalidien, S.N., De Heer-De Lange, N.E. (2012). *Criminaliteit en Rechtshandhaving 2011: ontwikkelingen en samenhangen.* WODC/CBS/Raad voor de Rechtspraak: Den Haag.

Van Sassenbroeck, D.K., De Neve, N., De Paepe, P., Belpaire, F.M., Verstraete, A.G., Calle, P.A. et al. (2007). Abrupt awakening phenomenon associated with gamma-hydroxybutyrate use: a case series. *Clinical Toxicology 45* : 533-538.

Van Sighem, A., Smit, C., Gras, L., Holman, R., Stolte, I., Prins, M. et al. (2012). *Monitoring Report 2011: Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in the Netherlands.* Stichting HIV Monitoring: Amsterdam.

Van Zanten, E., Van der Ploeg, T., Van Hoof, J.J., Van der Lely, N. (2013). Gender, age, and educational level attribute to blood alcohol concentration in hospitalized intoxicated adolescents; a cohort study. *Alcohol Clin Exp Res 37* (7): 1188-1194.

Vaughn, M.G., Fu, Q., Perron, B.E., Bohnert, A.S.B., Howard, M.O. (2010). Is Crack Cocaine Use Associated with Greater Violence than Powdered Cocaine Use? Results from a National Sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse 36* : 181-186.

Veerman, S.R., Dijkstra, H.N., Liefting-Kluft, I. (2010). Levensbedreigende onthoudingsverschijnselen door gammahydroxyboterzuur. *Tijdschr Psychiatr 52* (6): 411-416.

Verdonk-Kleinjan, W.M.I., Knibbe, R.A., Bieleman, B., De Groot, H.N., De Vries, H. (2008). The tobacco sales ban and tobacco purchases by adolescents: a general population study in The Netherlands. *European Journal of Public Health 18* (5): 498-503.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Ter Bogt, T., Vollebergh, W. (2005). Alcohol use and mental health in adolescents: Interactions with age and gender-findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children survey. *Journal of Studies on Alcohol 66* (5): 605-609.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Vollebergh, W. (2005a). *Cannabisgebruik onder adolescenten: gebruikspatronen, achtergrondfactoren en psychosociale problemen.* Trimbos-instituut: Utrecht

Verdurmen, J., Abraham, M., Planije, M., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Schulten, I. et al. (2006). *Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar: schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies.* Trimbos-instituut: Utrecht.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Vermeulen, E., Lokman, S., Vollebergh, W. (2012). *Jeugd en riskant gedrag 2011: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar.* Trimbos-instituut: Utrecht.

Verdurmen, J., Vermeulen-Smit, E., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., Schulten, I. (2012a). *Ouders over opvoeding ten aanzien van roken, alcohol, cannabis en internet 2011: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Ouders.* Trimbos-instituut: Utrecht.

Verhoef, I. (2011). *Drinken op school 2011: Landelijk scholierenonderzoek naar de alcoholverstrekking en het alcoholgebruik binnen het voortgezet onderwijs en op schoolfeesten in 2011.* STAP: Utrecht.

Verstraete, A.G. (2004). Detection times of drugs of abuse in blood, urine, and oral fluid. *Ther Drug Monit. 26* (2): 200-205.

Vogels, N., Croes, E. (2013). *Monitor Drugsincidenten: factsheet 2012*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Voorham, L., Buitenhuis, S. (2012). *GHB-gebruik(ers) in beeld: een typering van de GHB-gebruiker en hun bereikbaarheid.* Trimbos-instituut: Utrecht.

Wartna, B.S.J., Blom, M., Tollenaar, N. (2011). *De WODC-Recidivemonitor: 4e, herziene versie.* WODC: Den Haag.

Weenink, D. (2011). Delinquent behavior of Dutch rural adolescents. *J Youth Adolesc 40* (9): 1132-1146.

WHO (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm.* WHO Regional Office for Europe: Kopenhagen.

WHO (2011). *Global status report on alcohol and health.* WHO: Geneva.

Willemsen, M.C., Segaar, D., Van Schayck, O.C. (2013). Population impact of reimbursement for smoking cessation: a natural experiment in the Netherlands. *Addiction 108* (3): 602-604.

Wish, E.D., Artigiani, E., Billing, A., Hauser, W., Hemberg, J., Shiplet, M. et al. (2012). The Emerging Buprenorphine Epidemic in the United States. *Journal of Addictive Diseases 31* (1): 3-7.

Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., Mol, A. (2012). *Kerncijfers Verslavingszorg 2011: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS).* IVZ: Houten.

Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., Mol, A. (2013). *Kerncijfers Verslavingszorg 2012: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS).* Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ): Houten.

Wisselink, D.J., Mol, A. (2013). *GHB hulpvraag in Nederland: Belangrijkste ontwikkelingen van de hulpvraag voor GHB problematiek in de verslavingszorg 2007-2012.* Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ): Houten.

Wolf, J., Altena, A., Beijersbergen, M., Oliemeulen, L. (2010). Hostelbewoners in Utrecht: profiel en functioneren, zorgaansluiting en ervaren baat van het hostelverblijf. *Verslaving 6* (3): 19-32.

Wong, F.Y., Roels, J., Van den Brakel, J. (2011). *Analyse methodebreuken Gezondheidsenquête bij het herontwerp Persoonsenquête.* CBS: Den Haag/ Heerlen.

Wouters, M. (2013). *Cannabis control: consequences for consumption and cultivation.* Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Wouters, M., Korf, D.J. (2011). *De wietpas en het sociaal clubmodel: meningen en verwachtingen van coffeeshopbezoekers in Utrecht.* Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Zhu, N.Y., LeGatt, D.F., Turner, A.R. (2009). Agranulocytosis after consumption of cocaine adulterated with levamisole. *Annals of Internal Medicine 150* (4): 287-289.

Ziegler, P.P., Compton, P., Goldenbaum, D.M. (2011). Prescription Drug Abuse and Diversion in Clinical Practice: What can be Learned from Regulatory Sanction Data. *Journal of Addictions Nursing 22* : 13-18.

Zvosec, D.L., Smith, S.W., Litonjua, R., Westfal, R.E.J. (2007). Physostigmine for gamma-hydroxybutyrate coma: inefficacy, adverse events, and review. *Clinical Toxicology 45* : 261-265.

Trimbos instituut

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
Ministerie van Veiligheid en Justitie



In Nederland volgen tal van monitors de ontwikkelingen op het gebied van drugs, alcohol en tabak. De Jaarberichten van de Nationale Drug Monitor (NDM) geven een actueel overzicht in de grote stroom van informatie over het gebruik van drugs, alcohol en tabak in Nederland. Het Jaarbericht 2012 is inmiddels het dertiende Jaarbericht in de reeks.

Voor cannabis, cocaïne, opiaten, ecstasy en amfetamine, GHB, alcohol, tabak en slaap- en kalmeringsmiddelen staan de meest recente cijfers bij elkaar over het gebruik, het problematisch gebruik, de hulpvraag, ziekte en sterfte en aanbod en markt. Daarnaast wordt de positie van Nederland in internationaal perspectief gezet.

Het Jaarbericht bevat ook justitiële gegevens over handel, productie en bezit van illegale drugs en alcohol- en drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem.

Een uitgebreide samenvatting in het Jaarbericht geeft de belangrijkste recente ontwikkelingen.

Het Jaarbericht van de NDM is opgesteld in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in samenwerking met het ministerie van Veiligheid en Justitie. Het doel is om politici, beleidsmakers, professionals in het veld en andere geïnteresseerden objectief te informeren over het gebruik van drugs, alcohol en tabak in Nederland.

www.wodc.nl
www.trimbos.nl

ISBN: 978-90-5253-749-8